





جامعة المنصورة

كلية الآداب

قسم علم النفس

في الديناميات النفسية للمقامر كما تتبدى في العلاج الجمعي

رسالة مقدمة من

الباحث

أكرم فتحى يونس زيدان

المدرس المساعد بقسم علم النفس

كلية الآداب - جامعة المنصورة

للحصول على درجة الدكتوراه فى الآداب

علم نفس

تحت إشراف

الأستاذ الدكتور

حسين محمد سعد الدين الحسينى

أستاذ علم النفس - كلية الآداب

جامعة المنصورة

٢٠٠٢



جامعة المنصورة

كلية الآداب

قسم علم النفس

فى الديناميات النفسية للمقامر كما تبدى فى العلاج الجمعى

رسالة مقدمة من

الباحث

أكرم فتحى يونس زيدان

المدرس المساعد بقسم علم النفس

كلية الآداب - جامعة المنصورة

للحصول على درجة الدكتوراه فى الآداب

علم نفس

تحت إشراف

الأستاذ الدكتور

حسين محمد سعد الدين الحسينى

أستاذ علم النفس - كلية الآداب

جامعة المنصورة

٢٠٠٢

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

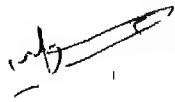


الإشراف

عنوان الرسالة : فى الديناميات النفسية للمقامر كما تتبدى فى العلاج
الجمعى

إسم الباحث : أكرم فتحى يونس زيدان

الإشراف :

الإسم	الوظيفة	التوقيع
أ.د. حسين محمد سعد الدين الحسينى	أستاذ علم النفس بكلية الاداب جامعة المنصورة	

وكيل الكلية لشئون الدراسات العليا والبحوث

قرار لجنة الحكم

قرار لجنة الحكم

عنوان الرسالة : فى الديناميات النفسية للمقامر كما تتبدى فى العلاج
الجمعى

إسم الباحث : أكرم فتحى يونس زيدان

لجنة الحكم،

م	الإسم	الوظفه
١	أ.د / بدرية كمال أحمد	أساذ ورئيس قسم علم النفس - كليه الآداب حامعه المنصوره
٢	أ.د / حسين محمد سعد الدين الحسينى	أساذ علم النفس - كليه الآداب - جامعة المنصوره
٣	أ.د / حسين عبد القادر محمد	أساذ علم النفس غير المنفرع - كليه الاداب جامعة الزقازيق

تاريخ المناقشة: ٢٠١٤ / ٤ - ٥

قرار اللجنة : مرتبة الشرف الاولى مع التوصية بالطبع والتبادل بين الجامعات .

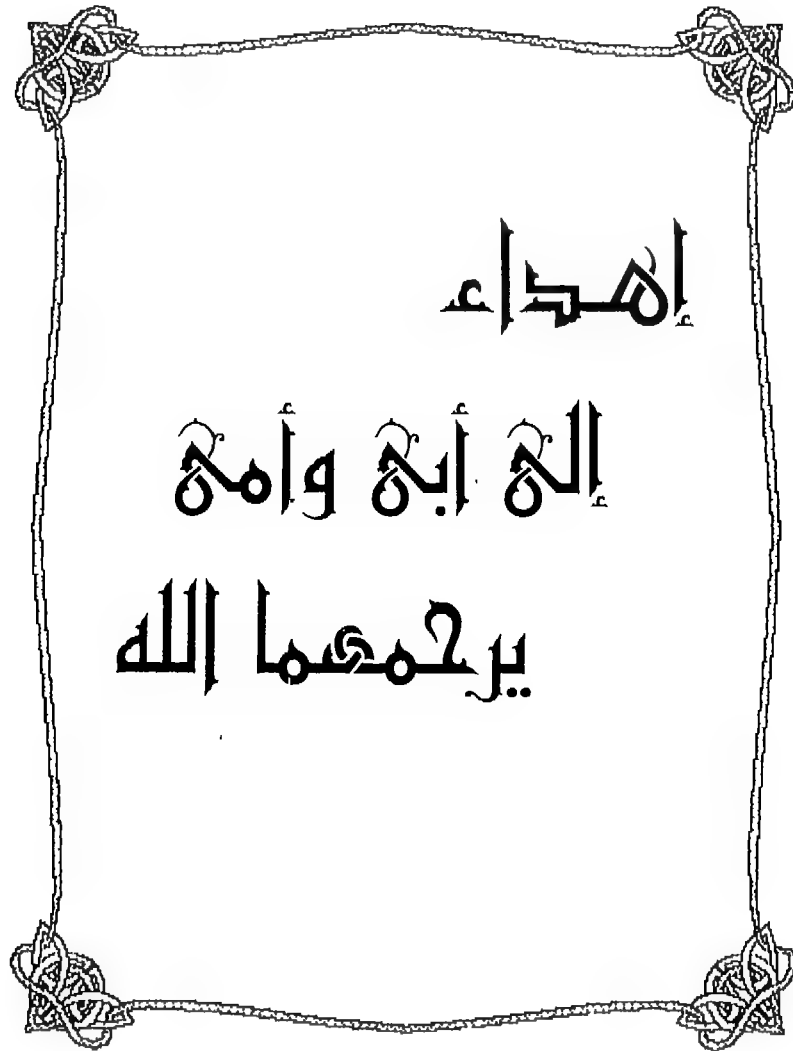
توقيعات لجنة الحكم،

م	الإسم	الوقيع
١	أ.د / بدرية كمال أحمد	
٢	أ.د / حسين محمد سعد الدين الحسينى	
٣	أ.د / حسين عبد القادر محمد	

يعتمد،

عميد الكلية





شكر وتقدير

كم نمنى الباحث أن ترد كلمات الشكر لكل ذى حق حقه، وتعبّر لذوى الفضل عن عميق الامتنان لما قدموه من فضل، ولكن كلمات الشكر هذه، تعد قطرة من غيث علم قد ندفق فصار سلاً في عقول المعلمين.

وإذ أبدأ بكلمات الشكر، فإننى أوجه أولاً لعليم السموات والأرض على ما دفعنى لانجاز هذا البحث، وأرجو منه سبحانه وتعالى أن ينير لى السبيل على طريق العلم.

وفى المقام الأول أتقدم بأسمى معانى الشكر والتقدير إلى أساذى الفاضل، الأستاذ الدكتور / حسين محمد سعد الدين الحسينى، أستاذ علم النفس بكلية الآداب - جامعة المنصورة، الذى كان أول فضله أن وافق بالإشراف على هذا البحث، وأعطى الباحث الكثير من وقته وجهده فكان نبع العطاء الذى لا يجف أبداً، فهو نعم المعلم والأسناد الذى طوق عنقى بجميله، فله منى جزيل الشكر والعرفان.

كما أنقدم بخالص شكرى وعميق إمتنانى إلى الأستاذة الدكتورة / بدرية كمال أحمد، أستاذ ورئيس قسم علم النفس - كلية الآداب، جامعة المنصورة، الذى نعلت على يدها الكثير والكثير وغمرنى بالعديد من التوجيهات العلمية القيمة، مما كان له الأثر فى تشكيل شخصيتى العلمية، وكان آخر فضلها - وليس آخر - أن تفضلت بمناقشة هذه الرسالة، فجزاها الله عنى كل خير.

ويطلب لى أن أسجل بكل إعزاز شكرى وتقديرى لأستاذى، وأستاذ أجيال من قبلى، الأستاذ الدكتور / حسين عبد القادر محمد، أستاذ علم النفس غير المتفرغ بكلية الآداب جامعة الزقازيق الذى كان أبا للباحث قبل أن يكون معلماً وعالمًا وأستاذًا جليلاً نهلنا من فبض علمه الكثير والكثير، فكان كعادته كريماً سخياً، فى علمه وخلقه، فله منى أعمق آيات العرفان والتقدير.

شكر وتقدير

كما أتقدم بالشكر والتقدير إلى كل من ساهم في إعداد هذا البحث، إلى أساتذتي وزملائي بقسم علم النفس - كلية الآداب - جامعة المنصورة، وإلى كل مفحوص ساهم بوقته في مساعدة الباحث، وحتى لا أكون قد نسيت أحد أتقدم بالشكر والتقدير لكل من قدم يد العون لي حتى يخرج هذا العمل إلى النور.

والله الموفق.

الباحث

الفهرس

رقم الصفحة	المحتويات
	الفصل الأول
٢	• مقدمة الدراسة
٤	• أهمية الدراسة
٦	• مشكلة الدراسة
٨	• أهداف الدراسة
٩	• المصطلحات الإجرائية للدراسة
	الفصل الثاني
	الاطار النظرى
١٢	• المقامرة، نظرة تاريخية
١٧	• النظريات النفسية المفسرة لسلوك المقامرة
١٧	مقدمة
١٨	أولاً نظرية التحليل النفسى للمقامره
٢٥	ثانياً نظريه العوامل الشخصيه للمقامرة
٢٧	ثالثاً نظرية الفعل السببى للمقامرة
٢٩	رابعاً نظرية التقلب للمقامرة
٣٢	خامساً نظرية التعلم الإجتماعى للمقامرة
٣٤	سادساً النظرية المعرفية السلوكية للمقامرة
٣٦	سابعاً النظرية العامة للمقامرة
٤٠	• المقامرة المرضية
٥٣	• سلوك المخاطرة لدى المقامرين
٧١	• الغرائز الجزئية لدى المقامر
٧١	تعريف الغرائز الجزئية

المحتويات	رقم الصفحة
طبيعة وديناميات الغرائز الجزئية	٧٢
الغرائز الجزئية لدى المقامر	٧٩
تعريف السادية	٨١
طبيعة وديناميات السادية	٨٦
السادية لدى المقامر	٩٠
تعريف المازوخية	٩٤
طبيعة وديناميات المازوخية	٩٨
المازوخية لدى المقامر	١٠١
البنية السادو مازوخية للمقامر	١٠٦
تعريف النظارية	١١٠
طبيعة وديناميات النظارية	١١٣
النظارية لدى المقامر ..	١١٧
تعريف الإستعراضية	١٢٠
طبيعة وديناميات الإستعراضية	١٢٤
الإستعراضية لدى المقامر	١٢٥
● التشخيص واللوحة الكلينيكية للمقامرة المرضية	١٢٧
تمهيد	
أولاً: التشخيص التصنيفي للمقامرة المرضية	١٢٨
١- الدليل التشخيصي الإحصائي الثالث للمقامرة المرضية (DSM- III)	١٣١
٢- الدليل التشخيصي الإحصائي الثالث المعدل للمقامرة المرضية (DSM. III. R)	١٣٤
٣- الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع للمقامرة المرضية (DSM- IV)	١٣٤

رقم الصفحة	المحتويات
١٣٨	ثانياً. التشخيص الدينامي للمقاومة المرضية
١٣٩	مراحل المقاومة
١٣٩	١- مرحلة الفوز
١٣٩	٢- مرحلة الخسارة
١٤٠	٣ - مرحلة اليأس
١٤١	٤ - مرحلة اليأس الكامل
١٤٢	● العلاج النفسي الجماعي للمقاومة المرضية
١٤٢	مقدمة
١٤٢	الطرق العلاجية المختلفة للمقاومة المرضية.....
١٥١	البرامج العلاجية المختلفة للمقاومة المرضية
١٥٤	العلاج النفسي الجماعي
١٥٥	أولاً تعريفات العلاج الجماعي فى علاقتة بالمقاومة المرضية
١٥٦	ثانياً. تعريفات ننظر للعلاج الجماعي على أنه وسيلة لتعديل السلوك
١٥٧	ثالثاً. تعريفات العلاج الجماعي من حيث أنه تفاعل نفسى وإجتماعى
١٥٨	رابعاً. تعريفات تشير للعلاج الجماعي بوصفة بنية
١٥٨	خامساً: تعريفات توضح أن العلاج الجماعي أداة للتنفيس الإنفعالى
١٥٩	أشكال ومناهج العلاج النفسي الجماعي
١٦٣	ديناميات وفتيات العلاج النفسي الجماعي
١٦٨	العلاج النفسي الجماعي للمقاومة المرضية ومدى فاعليته

رقم الصفحة	المحتويات
	<div>الفصل الثالث</div> <div>الدراسات السابقة</div>
١٧٤	• تمهيد.....
١٧٦	• دراسات تناولت سلوك المخاطرة لدى المقامرين
١٩٢	• دراسات تناولت الغرائز الجزئية لدى المقامرين
١٩٨	• دراسات تناولت العلاج النفسى لدى المقامرين
٢١٠	• مناقشة الدراسات السابقة والتعليق عليها
	<div>الفصل الرابع</div> <div>إجراءات الدراسة</div>
٢١٨	• الدراسة الإستطلاعية
٢١٨	أهداف الدراسة الاستطلاعية
٢١٩	عينة الدراسة الاستطلاعية
٢٢٥	الأداة المستخدمة فى الدراسة الاستطلاعية
٢٢٨	• فروض الدراسة
٢٣٠	• منهج الدراسة
٢٣٤	• خطوات إجراء الدراسة
٢٣٤	أولاً: إجراءات الدراسة التجريبية
٢٣٦	ثانياً: إجراءات الدراسة الكليينكية
٢٣٧	• عينة الدراسة
٢٣٧	أولاً: عينة الدراسة التجريبية
٢٤١	ثانياً: عينة الدراسة الكليينكية

المحتويات	رقم الصفحة
• الأدوات	٢٤١
أولاً: أدوات الدراسة التجريبية	
أولاً: الباحث	٢٤٢
ثانياً: إستمارة المستوى الإقتصادي الإجتماعي	٢٤٢
ثالثاً: مقياس المقامرة المرضية (PGS)	٢٤٥
رابعاً: مقياس سلوك المخاطرة (RTBS)	٢٥٨
خامساً: مقياس الدفعات الغريزية الجزئية	٢٦٩
ثانياً: أدوات الدراسة الكلينيكية	٢٧١
أولاً: المقابلة الكلينيكية	٢٧١
ثانياً: الطريقة العلاجية المستخدمة في الدراسة	٢٧٢
• الأسلوب الإحصائي المستخدم	٢٧٤
الفصل الخامس	
النتائج ومناقشتها	
• أولاً: بالنسبة للدراسة التجريبية	٢٧٦
• ثانياً: بالنسبة للدراسة الكلينيكية	٢٩٤
الحالة الأولى	٢٩٧
الحالة الثانية	٣٠٧
الحالة الثالثة	٣١٤
الحالة الرابعة	٣١٨
الحالة الخامسة	٣٢٣
• توصيات الدراسة	٣٤٥
• بحوث مقترحة	٣٤٦

رقم الصفحة	المحتويات
٣٤٧	● ملخص الدراسة باللغة العربية
٣٤٧	أولاً: ملخص الدراسة باللغة العربية
٣٥٣	ثانياً: ملخص الدراسة باللغة الإنجليزية
	المراجع
٣٦٠	● أولاً: المراجع العربية
٣٦٧	● ثانياً: المرجع الإنجليزية
	الملاحق

الفصل الأول

مقدمة الدراسة

أهمية الدراسة

مشكلة الدراسة

أهداف الدراسة

المصطلحات الإجرائية للدراسة



الفصل الأول

مقدمة الدراسة

أهمية الدراسة

مشكلة الدراسة

أهداف الدراسة

المصطلحات الإجرائية للدراسة

مقدمة الدراسة :

إن في المقامرة شيئاً من كل شيء، ففيها شيء من الجنون والمرض، وشيئاً من العقل والجنس والجسد، وكذلك شيئاً من خصائص الشخصية، بل والادمان، فهي مركب يحمل طابع موجود يظن أنه لن يصبح إنساناً بحق اللهم إلا إذا تحدى القدر وخطر بنفسه ومات على أعقاب الموائد الخضراء، فهي ليست مجرد لعبة، بل ضرب من الديانة أو العبادة، تكاد ترى فيها المرء يموت يوماً بعد يوم، حينما يحاط بالأمل والألم ويضع الحيل وينسج الأكاذيب التي بفتن بها أمل النجاح وخشية الفشل، ذلك لأنه دائماً في حالة من الترقب لأن تهيبه المقامرة يوماً ما سعادته.

ويبدو المقامر كغزوة في داخل مشكلة في قلب لغز، فهو مهذب الطبع، مهزأ العقل، من الوهم والجنون كانت مصيبيته، فمن الوهم أحب المقامرة، ومن الجنون قام بممارستها، وهو كلما عرفها تعلق بها، إذا غاب عنها تعب، وإذا حضر فيها ندم، يلعنها لكنه يتمسك بها، حتى لو تربعت على أكتافه لقام بتدليلها، وبعض المقامرين إذا أحب المقامرة هوى وإذا نفر منها إختلت واضطربت دينامياته النفسية، وإذا لم يمارسها وقع فريسة للمرض، وكأن المقامرة بذلك دفاع بالمرض ضد المرض، أو أن الفرد يقامر على نفسه بالمقامرة.

وإذا كان المقامر أمره عجيب، فإن المقامرة أعجب من ذلك، فقد تكون المقامرة لا عقل لها ولكنها تقضى على كل العقول، ذلك لأنها قد تعطيك اليوم وتعذبك غداً وتفضحك بعد غد وتنتال منك وتجعلك تتقاعد مع الخاسرين طوال العمر، وكأن التسلية الوحيدة لها أن تنفك من خسارة إلى أخرى، فلكل إنسان غلطة واحدة على الأقل، أما وأن تكون مقامراً فهذه غلطة العمر كله، لأنك نستمر يوماً بعد يوم في غلط، وفي حب مريض خاطئ.

فإذا كنا نقول عن المحب أنه مجنون (ليلي) فإن المقامر مجنون كل (ليلة). والسبب في ذلك ليس لكونه إنساناً جاهلاً ولكن لكونه إنساناً يعرف أشياء كثيرة، لكنها خاطئة.

ويحاول الباحث من خلال هذه الدراسة أن يتناول سلوك المقامرة من حيث علاقته بسلوك المخاطرة والغرائز الجزئية المتمثلة في السادية المازوخية والنظرية والاستعراضية، في ضوء العلاج الجماعي، فالمقامر مخاطر دائماً، ويجد لذه في ذلك، حتى أننا نجد الكثيرين يقرون أن المخاطرة تولد مع المقامرة لكنها لا تموت معها، وهي لا تقتله وإنما تضعه بين الحياة والموت،

فإذا كانت المقامرة وسيلة لغاية، فإن المخاطرة وسيلة وغاية في آن واحد، وهي لا نعبر عن شجاعة المقامر بقدر ما تعبر عن خوف شديد من أن تتحكم فيه الظروف.

والمقامر سادى، فهو لا يفكر أكثر مما بنظم سادينه على الآخرين، وهو ثائر ومنتقم ومتحدى وحاقد على كل شئ، لانه لا يملك أى شئ، ومهما ضاقت به الدنيا يستطيع أن يرى السماء من ثقب إبرة.

والمقامر مازوخى لا يريد إيماناً يقيد، وإنما يريد قيداً يؤمن به «المقامرة» وهو لا يغضب لهذا القيد ولا ينضايق لحاله السيئ بل يستمتع به، فهناك دائماً من هم أسوأ منه، فبالرغم من آلام المقامرة وضربانها الموجعة، إلا أنه يرى أنها «أنعشته» لكننا نرى فى الكلمة معنى آخر «أنعشته» أى وضعه فى (نعش).

والمقامر إستعراضى، ويبدو ذلك فى سلوك المخاطرة، ووهم القدرة على التحكم فى نتائج الاشياء، ووهم القدرة المطلقة، والتظاهر بالمهارة، والتحكم حتى فى الاشياء التى تعتمد على الصدفة والحظ.

وإذا كنا نقول أن لكل شئ باباً واحداً، فإن المقامرة لها ألف باب، وإذا أردت أن تبتعد عنها فانك ترتفع درجة، أما وأن تستمر فيها فستهبط ألف درجة، لذا يبدو العلاج النفسى للمقامرة قضية صعبة للغاية، فمن الصعب أن تجادل مقامراً وتناقشه، فمهما اتسع أفقه فإنه لا يتجاوز الموائد الخضراء، وإنك لتتعجب لبعض المقامرين الذين ينظرون للمقامرة على أنها (حل) لا (مشكلة)، وأن المجتمع هو الذى جعل منها مشكلة، لانه عجز عن تنظيم حياته وفق شريعة المقامرة، والأعجب من ذلك أن نسمع بعض المقامرين يقلب العبارة قائلاً: «لو لم أكن مقامراً لوددت أن أكون مقامراً» ويبقى التساؤل قائماً:

هل نحن نقامر من أجل المال، أم هل نحن نحتاج المال لكى نقامر؟! ولماذا يقامر الانسان؟ وما هى أسباب المقامرة؟ وما الذى يجنيه المقامر من وراء المقامرة؟ ولماذا تؤدى بعض الديناميات النفسية للمقامرة دون غيرها إلى الأمراض النفسية؟.

أهمية الدراسة :

إن طرح مشكلة المقامرة يقودنا بالضرورة إلى إثارة قضايا سيكولوجية قلما تطرق إليها البحث بالدراسة التحليل، وذلك مثل سلوك المخاطرة والغرائز الجزئية، وتبدو أهمية الدراسة في أنها - في حدود علم الباحث - الدراسة العربية الوحيدة التي تناقش سلوك المقامرة، فلم نحظى المقامرة باهتمام الباحثين، وأصبح الاهتمام بها مجرد حديث يتجاذبه رجال الترفيه والتعليم والدين، دون أن يحاولوا إثارة المشكلة على أسلوب علمي بحثي، لذا لم يكن من قبيل الصدفة أن تكون المقامرة آخر مادة سيكولوجية تناولها أقلام الباحثين.

وتتناول الجانب السيكلوجي لمشكلة المقامرة يعد المسار الصحيح لعلاج هذه الظاهرة، ويبرز أهميتها، إذ وقر في نفوس كثير من علماء الغرب أن علاج المقامرة لا يكون إلا بالنظر للناحية الفسيولوجية أو عن طريق العلاج الطبى، بينما رأى آخرون ضرورة الاهتمام بالناحية الدينية أو الاخلاقية أو الاقتصادية أو عن طريق تناسى الاهتمام بالجوانب السيكلوجية الهامة المتعلقة بهذه المشكلة.

تبدو أهمية الدراسة أيضاً في محاولة الباحث التمييز بين الجانب العلمى للمشكلة والجانب النظرى والجانب العلمى التطبيقى، فعلى الرغم من الاهتمام الكبير بالمقامرة فى أوروبا وأمريكا وأستراليا، إلا أن إهتمام الباحثين غالباً ما ينصبّ حول نظريات المقامرة لا مشكلات وإضطرابات المقامر ذاته، كذلك ينظر البعض للظاهرة على أنها أحادية الجانب، فى حين أنها ظاهرة مركبة تتطلب فهم الديناميات النفسية للمقامر. وقد أدى ذلك لحدوث فجوة بين الدراسات التجريبية والتفسيرات النظرية. فأصبحت نتائج الدراسات السابقة لا تسير بالقدر الكافى مع التفسيرات النظرية.

كما تتضح أهمية الدراسة فى تناولها للجانب الكيفى والكمى للظاهرة موضوع البحث، من حيث إستخدام لغة الإحصاء والكم، بجانب الرصد والفهم والتفسير ووضع علامات الاستفهام حول النقاط المهمة فى الظاهرة. فقد حاول بعض الباحثين عبثاً أن يحيلوا الظاهرة لمجرد مجموعة من الارقام والإحصائيات، يصعب أن تتكفل وحدها بحل المشكلة، أما وإن نتناولها من جانب دينامى كيفى بجانب البعد الكمى، فإن ذلك يوضح الجنبات الخفية فى الظاهرة، وذلك لأن سلوك المقامرة ظاهرة نفسية تبدو فيما وراء الانفعالات العادية.

كما تتضح أهمية الدراسة فى التأكد من نتائج الدراسات السابقة والآراء المتداخلة فى الظاهرة، فهناك تناقض فى فهم السيكلوجيين لها، حيث يهتم البعض بجانب واحد دون النظر للجوانب الأخرى التى قد تكون أكثر أهمية، وبين هذا وذاك نجد البعض يرجع الظاهرة للعلل القريبة المباشرة، فذهبوا ليؤكدوا أن المقامرة لا تخرج عن كونها مجرد حيلة إصطنعها الإنسان لتحقيق أغراضه، لكنها على العكس من ذلك ، هى التى صنعت من يتمسك بها وجعلت منه إنسان خلو من كل معنى.. صفرأً من كل قيمة.

مشكلة الدراسة :

يبدو سلوك المقامرة (مشكلة) لأنه لكى تقامر، فمائدة واحدة تكفى، ولكى تفهم لماذا تستمر فى المقامرة، فألف مائدة لا تكفى، كما أن الظاهرُ يوحى بأنه لا يوجد سبب واحد لكى تقع فى المقامرة، ولكن عندما تقع فيها ستجد عشرات الاسباب، فالظاهرة متعددة ومتنوعة ومتداخلة لأقصى درجة، وهى مرض خبيث لا يظهر آثاره، إلا بالاندماج فيه، مثلها كالطعام لا يظهر رائحته إلا إذا دخل النار.

فالمقامرة مفتاح لكل الشرور، وهى التى تنزع الفرد من أسرته ومجتمعه السليم، وتدفعه إلى الاستدانة والاختلاس أو النزوير، عندما يقع المقامر فى الادمان، وفوق ذلك كله فهى تهدد إقتصاديات الدولة .. يقول شوبنهاور :

«إن المقامرة إعلان إفلاس الذكاء البشرى» ويقول «فاوست»: «تظن أنك المؤثر .. بينما أنت المدفوع!» (فخرى الدباغ، ١٩٨٦، ٥٥).

وتتحد مشكلة الدراسة فى التساؤلات الآتية :

١ - هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المقامرين وغير المقامرين على مقياس سلوك المخاطرة فى إتجاه ارتفاع سلوك المخاطرة لدى المقامرين؟.

٢ - هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المقامرين وغير المقامرين على مقياس الدفعات الغريزية الجزئية فى إتجاه ارتفاع الدفعات الغريزية الجزئية لدى المقامرين؟

وتنقسم المشكلة الثانية إلى أربع مشكلات فرعية تتمثل فيما يلى :

أ - هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المقامرين وغير المقامرين على بعد النظرية فى إتجاه ارتفاع النظرية لدى المقامرين؟

ب - هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المقامرين وغير المقامرين على بعد الاستعراضية فى إتجاه ارتفاع الاستعراضية لدى المقامرين؟

ج - هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المقامرين وغير المقامرين على بعد السادية فى إتجاه ارتفاع السادية لدى المقامرين؟

د - هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المقامرين وغير المقامرين على بعد المازوخية في اتجاه إرتفاع المازوخية لدى المقامرين؟

٣ - هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المقامرين قبل وبعد العلاج الجماعي بأسلوب جماعات الحوار بالنسبة لسلوك المخاطرة، في اتجاه إنخفاض سلوك المخاطرة للجماعة العلاجية؟

٤ - هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المقامرين قبل وبعد العلاج الجماعي بأسلوب جماعات الحوار بالنسبة للدفعات الغريزية الجزئية في اتجاه إنخفاض الدفعات الغريزية الجزئية للجماعة العلاجية؟

وتنقسم المشكلة الرابعة إلى أربع مشكلات فرعية:

أ - هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المقامرين قبل وبعد العلاج الجماعي بأسلوب جماعات الحوار بالنسبة لبعد النظارية في اتجاه انخفاض النظارية للجماعة العلاجية؟

ب - هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المقامرين قبل وبعد العلاج الجماعي بأسلوب جماعات الحوار بالنسبة لبعد الاستعراضية في اتجاه انخفاض الاستعراضية للجماعة العلاجية؟

ج - هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المقامرين قبل وبعد العلاج الجماعي بأسلوب جماعات الحوار بالنسبة لبعد السادية في اتجاه انخفاض السادية للجماعة العلاجية ؟

د - هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المقامرين قبل وبعد العلاج الجماعي بأسلوب جماعات الحوار بالنسبة لبعد المازوخية في اتجاه انخفاض المازوخية للجماعة العلاجية؟

من هنا يتضح لنا أن مشكلة المقامرة لا تعنى تأثيراً سلبياً واحداً بل العديد من المؤثرات السلبية، مما يعنى أننا لسنا أمام مشكلة واحدة، بل العديد من المشاكل في دراستنا لسلوك المقامرة.

أهداف الدراسة :

تهدف الدراسة الحالية لإعداد وتقنين إختبار لقياس سلوك المخاطرة لدى المقامرين على إعتبار أن المقامرة و سلوك المخاطرة وجهين لشئ واحد .

كما تهدف الدراسة أيضاً إلى ترجمة وإعداد وتقنين إختبار المقامرة المرضية لمؤسسة المقامر المجهول Gambler Anonymous وذلك لمعرفة المقامر المرضى وتطبيق العلاج الجماعى بأسلوب جماعة الحوا Encounter - Group.

وتحاول الدراسة الحالية معرفة بعض الديناميات النفسية لسلوك المقامرة من خلال سلوك المخاطرة والغرائز الجزئية بأبعادها الأربعة (النظرية، الاستعراضية، السادية، المازوخية) ولأى مدى ترتفع أو تنخفض الدرجة على هذه الأبعاد، وما هى محددات الارتفاع والانخفاض، وذلك من خلال التطبيق العملى للظاهرة وعمليات القياس النفسى التى يقوم بها الباحث.

وفيما يتصل بالأهداف النظرية للدراسة، يحاول الباحث التعرف على طبيعة المقامرة من حيث، هل هى سبب أم نتيجة؟ وهل يمكن قياسها بالرغم من التنوع والتداخل الذى تتميز به الظاهرة؟ أم هل نحن نحاول قياس ما لا يمكن قياسه، وأن ذلك طمع فى محال، وأن ما لدينا من مقاييس لا تستطيع الاحاطة بالظاهرة، كرجل لديه ميزان ذهب ظن أنه يستطيع أن يزن به الجبال.

ومن الأهداف النظرية للدراسة أيضاً، تحديد المصطلحات الخاصة بسلوك المقامرة، إذ أن هناك خطأ كبيراً فى المفاهيم والمصطلحات بسبب عدم وجود نموذج شامل لسلوك المقامرة وعدم وجود وحدة شاملة بين الابحاث النظرية والممارسات العملية (*Jakie, F. et al. 1999. p5*) لذا تحاول الدراسة الخروج بمحاور محددة من النظريات والنماذج الخاصة بسلوك المقامرة.

المصطلحات الإجرائية للدراسة :

تشير التعريفات الاجرائية للدراسة إلى وصف الظواهر النفسية المتمثلة في: المقامرة المرضية، سلوك المخاطرة، الغرائز الجزئية، العلاج الجماعي للمقامرة المرضية، ويتم الوصف الاجرائي من خلال الاعتماد على صحة الاجراءات العلمية للدراسة، فمفهوم المقامرة المرضية ليس إلا الاجراءات العلمية لقياس المقامرة المرضية، وكذلك بالمثل مفهوم الغرائز الجزئية وسلوك المخاطرة، والعلاج الجماعي للمقامرة المرضية، ومن خلال ذلك تتضح التعريفات الاجرائية فيما يلي :

١ - المقامرة المرضية : Pathological gambling

يعرف الباحث المقامرة المرضية إجرائياً، طبقاً لما جاء في الدليل التشخيصي الاحصائي الرابع، D.S.M.iv، كما أن هذا التعريف قد بنى على أساسه المقياس المستخدم في الدراسة لقياس المقامرة المرضية، ويذكر التعريف أن المقامر المرضى هو:

ذلك المقامر الذي ينشغل كلية بالمقامرة، ويраهن بكثير من الأموال للحصول على الاثارة المطلوبة، هرباً من المشاكل والإضطرابات ويشعر بالتوتر والقلق إذا توقف عن المقامرة، لذا تفشل كل محاولاته في القضاء عليها، وقد يكثر من المراهنة لتعويض الخسارة، وفي سبيل ذلك يقترض الكثير من الأموال ويرتكب الكثير من الأعمال الاجرامية مثل التزوير والاحتيال والسرقة والاختلاس، مما تضطرب معه حياته، فيصبح كثير الكذب، ليس له علاقات إجتماعية، ويُفصل من عمله أو يُفصل من الجامعة، وقد يخاطر بنفسه من أجل المال اللازم للمقامرة .

(American Psychiatric Association, 1994)

والمقامرة المرضية وفق هذا التعريف هي درجة المفحوص على مقياس المقامرة المرضية المستخدم في الدراسة.

٢ - سلوك المخاطرة : Risk - taking

سلوك المخاطرة، سلوك إرادى عقلانى يتمثل فى وسيلة وغاية معا، الهدف منه الشعور بلذة الاثارة وإشتهاء المثير والتحكم فى البيئة وتحقيق المكاسب فى فترة زمنية قياسية، وهو سلوك نتائجه غير معروفة أو مضمونة، وانما تقع بين طرفى نقيض: الاثابة الكاملة أو العقاب

المكتمل، وتتحدد درجة خطورته طبقاً لدرجة المكسب أو الخسارة المتضمنة فى النتيجة. فإذا كانت المخاطرة كبيرة، كان المكسب أو الخسارة أكبر مما يتوقعه الفرد، وأعلى درجات المخاطرة هى تلك التى يستحيل معها أى تعويض، والمخاطرة بذلك ليست نزوة أو عاطفة أو انفعال، بل هى فعل ونشاط وابداع وخداع، وسلوك المخاطرة طبقاً لهذا التعريف هو درجة المفحوص على مقياس سلوك المخاطرة المستخدم فى الدراسة.

٣ - النزعات الغريزية الجزئية Partial instinctive impulses

هى تلك الاستثمارات المتباينة للدفعتين الغريزيتين الأصليتين (السادية- والمازوخية) باعتبار الدفعة الغريزية الجزئية أية حفزة قبل إنسانية تناضل من أجل الاشباع وتلتئم كلها فى البلوغ تحت إمرة الهيمنة الانسانية العدوانية لتمثل دفعات تنحو لمبدأ اللذة ولا تكون بأكملها باثولوجية إلا عندما تصبح مصدراً للذة الختامية. وهى : السادية والمازوخية والنظرية والاستعراضية ، فهى تتجه إلى الأنا أو ضدها (السادية والمازوخية) وإلى الموضوعات أو ضدها على مستوى العين والنظرات (النظرية والاستعراضية) أو تخطت ذلك إلى سائر المجالات . (حسين سعد الدين الحسينى، ١٩٩٧، ١٣). ويتحدد مستوى النزعات الغريزية الجزئية من خلال الدرجة التى يحصل عليها المفحوص فى مقياس الدفعات الغريزية الجزئية، المستخدم فى الدراسة.

٤ - العلاج الجماعى : Group Psychotherapy

هو أحد طرق العلاج النفسى الذى يستخدم ديناميات الجماعة فى الكشف عن جوانب الصراع والاحباط التى تسبب الاضطراب الانفعالى، والسلوك اللاتوافقى، وفى العلاج الجماعى تلعب الجماعة دور المعالج فيعمل التفاعل بين المرضى والمعالج من جهة، وبين افراد الجماعة من جهة أخرى للكشف عن أسباب المرض، من خلال علاقات طريحة موجبة تساعد على التنفيس الانفعالى، ومن ثم العلاج.

الفصل الثاني

الإطار النظري

- المقامرة، مظهر لاربعية
- المخدرات النفسية المضرة لسلوك المقامرة
- المقامرة المرضية
- سلوك المخاطرة لدى المقامرين
- الغرائز الجرفية لدى المقامر
- التشخيص والملاحظة الكلاسيكية للمقامرة المرضية
- العلاج النفسي الجماعي للمقامرة المرضية



الفصل الثاني

الإطار النظري

- المقامرة النظرية تاريخية
- المفاهيم النفسية المتغيرة لسلوك المقامرة
- المقامرة المرضية
- سلوك المخاطرة لدى القماريين
- العوامل الجينية لدى المقامر
- التمييز والفرصة الكيفية للمقامرة المرضية
- العلاج النفسي الجماعي للمقامرة المرضية



الفصل الثانى

الإطار النظرى

- المقاومة : نظرة تاريخية
- النظريات النفسية المفسرة لسلوك المقاومة
- المقاومة المرضية
- سلوك المخاطرة لدى المقاومين
- الغرائز الجزئية لدى المقاوم
- التشخيص واللوحة الكلينيكية للمقاومة المرضية
- العلاج النفسى الجماعى للمقاومة المرضية

المقامرة : نظرة تاريخية

إن تاريخ المقامرة قديم قدم الإنسان نفسه، فإذا كانت المدنية الحديثة قد جعلت من المقامرة ممارسة جماهيرية شاملة وذودتها بالوسائل التكنولوجية الحديثة، فإنها - كسلوك بشرى - عريقة فى القدم، فالحفريات المتوالية والآثار المتوافرة إلى الآن تدل على وجود المقامرة فى أعماق التاريخ وفى مختلف الحضارات العريقة، وتاريخ المقامرة القديم مع العوامل النفسية التى تصاحبها، تشير إلى أن المقامرة ليست سلوكاً بسيطاً معزولاً، فأكثر ما ترتبط المقامرة فى المجتمعات البدائية بالسحر والأرواح الشريرة والرعب والخوف من المجهول والاعتقاد بالقوى الخارقة وبما وراء الطبيعة .

ففى الحضارة المصرية القديمة وجدت قطعة النرد فى أحد قبور الفراعنة المصريين يعود تاريخها إلى ثلاثة آلاف سنة قبل الميلاد، وفى الحضارة الرومانية القديمة وجدت آثار رومانية متعددة، حيث يذكر المؤرخون الموثوق بهم حكايات طريفة ومذهلة عن المقامرة، فالمؤرخ (ناسبتوس) مثلاً يذكر أن قبائل الجرمان الأوائل كانوا يراهنون على زوجاتهم وأطفالهم، وحتى على أنفسهم، والخسارة تؤدى بهم إلى الرق والعبودية، وكذلك تفعل بعض القبائل الأفريقية مثل (الزونى) (والزولو)، ووجد القمار فى الفرس القديمة والهند واليونان، ولعبة النرد قديمة جداً، يؤرخ لها (هيرودوتس) منذ أيام «الليديين» ووجدت فى إنجلترا بعد إحتلال الرومان لها، وقيل أن الإمبراطور الصينى (ياو) ابتكر ألعاب الحظ منذ ألفين ومائة سنة قبل الميلاد. ومن طريف الأفكار البدائية المتعلقة بالمقامرة وسحرها، أنها إستعملت كعلاج للمرض العقلى الذى أصيب به الملك (شارلس) السادس ملك فرنسا عام (٣٩٢م) . (فخرى الدباغ، ١٩٨٦، ٥٧، ٥٨) .

والحكايات الطريفة والغريبة لسلوك المقامرة كثيرة ومتنوعة، كلها تعكس عدم قدرة الإنسان عن التخلّى بسهولة عن هذا الداء الذى له طبيعة القهر، فيروى أن راهن صينى قديم على يده، فلما خسر قطعها، وتروى لنا "المها بهراتا" عن حكاية الملك الطيب (يودشتير) الذى لعب القمار مع الملك الخبيث (ساكونى) وهو الخبير فى إستعمال النرد المغشوش، ثم تروى الحكاية كيف بدأ الملك الطيب يخسر الجولة بعد الأخرى ، إلى أن أفرغ خزانة من الذهب والياقوت، وإلى أن خسر الخيول والفيلة والمركبات والعبيد، ثم كيف راهن على إخوته، وعلى

زوجة الملكة الفاتنة (دور بادى) فخرهم جميعاً، وأخيراً رهن على نفسه .. وخسر كل شئ ! ومن طرائف المقامرة فى الأيام الغابرة، المراهنة على سباق الحلزون على مائدة صقيلة، وقيل أن مقاطعة (كورنول) فى إنجلترا وصلت إلى مالكيها الحاليين عن طريق تلك المراهنة، إذ حاول المالك الأول أن يحفز حلزونة على الجرى بوخذه بدبوس، إلا أن مزاج الحلزون آنذاك لم يستجيب إلى المؤخر واستمر يزحف الهويناً دون إكتراث .. وتمت الخسارة . كما يوضح لنا السير (إدوارد تايلور) أن قبائل (الماوى) تمارس القرعة، وقبائل (البولونيز) يدورون الجوز لاكتشاف اللصوص بين ظهرائهم، وفى جزر (تورجا) يدورون جوز الهند لمعرفة هل سيشفى المريض الفلانى أم لا، إذا مالت الجوزة ناحية أو أخرى، أى أن تلك الألعاب البدائية قد استخدمت للعرافة واستكشاف المجهول، فأصبحت الخطوة الأولى للمقامرة أيضاً، لأن نتائج المقامرة مجهولة وغامضة ومثيرة وهكذا نجد إلى أيامنا هذه أن ورق اللعب (الكوتشينية) يستعمل لقراءة البخت، كما يستعمل فى مختلف ألعاب القمار. إن خلط الورق يوحى للفرد المعاصر بالفكرة البدائية المتوارثة، بأنها تتم بأمر أو بفعل قوى غير طبيعية تتحكم فى النتائج، والسباق والمواجهة بين المقامرين ليس مجرد صراع قوى عمياء، بل هو صراع بين الأقدار التى يتعلقون ويؤمنون بها، فالمقامرة حلم بالسيطرة على المستقبل، وهو حلم بدائى .

وقد كانت المقامرة موجودة فى اليونان ولم تعتبر ممارسة محترمة، حتى أن أرسطو فى كتابه (الاخلاق) صنف المقامرين فى طبقة اللصوص وقطاع الطرق. (فخرى الدباغ، ١٩٨٦، ٥٩).

ومعظم الحضارات تنظر للمقامرة على أنها إدمان، فالقانون الرومانى القديم يرى أن المدمن الحقيقى هو الشخص المقامر المدين، ذلك لأنه غير قادر على إعادة ما إستدانه، فيؤتى به إلى المحكمة ويُسْتَعْبَد، فيعلن القاضى بعبارة واحدة «المدمن أصبح عبداً لدائنه» . وقد إنتشرت المقامرة فى العصور الرومانية إنتشاراً كبيراً، حتى أن أباطرة الرومان الشهيرة، (كلوديوس، ونيرو Clodius & Nero)، كانوا من أكثر الممارسين للمقامرة، لدرجة أن التعريفات الحديثة للمقامرة المرضية تنطبق عليهم .

ونظراً لخطورة سلوك المقامرة، قام (رتشارد قلب الأسد) Richard The Lion-Hearted بتحريم المقامرة أثناء الحملات الصليبية التي قادها على الشرق. وفي القرن السابع عشر كان ينظر للمقامرة على أنها رذيلة كبرى حتى لو كانت على رهان بسيط أو على كل ما يملك الفرد من ثراوت (Wildman, K 1997, p. 11).

وقد كثر الحديث عن سلوك المقامرة فى الأدب الإنجليزى، خاصة مع بدايات العصور الاستعمارية، وكانت هذه الأعمال الأدبية دقيقة لدرجة كبيرة فى وصفها لسلوك المقامرين، حتى أن كثير من الخصائص التى ذكرتها تجىء مطابقة لأبحاث اليوم .

ومن بين الروائع الأدبية تقفز رواية «المقامر» لديستوفسكى عام (١٨٦٦) التى هى فى الحقيقة تاريخ حياة وحياة كل مريض بالمقامرة، وفيها يقول : «النقطة الأساسية هى اللعبة بحد ذاتها، وأقسم بأننى لست طامعاً فى مال على الرغم من حاجتى إليه». وفى موضع آخر يذكر أن المقامرين يعانون من تشوة معرفى، وفقدان التحكم، ونقص فى تقدير الذات، وشعور باليأس، وكل هذه الخصائص ترتبط بالتعريفات الكلينيكية الحديثة لمشاكل المقامرة (Freud, S. 1928, p.) .

وفى عام (١٧٩١م) ظهر كثير من الباحثين والمؤرخين والكتاب الذين وضعوا لنا أنماطاً كLINIكية لسلوك المقامرة، نرى المقامر مشابه تماماً للعبيد والمدمنين، ويحب اللهو وقد يفقد كل شئ، ولديه ميل للانتحار .

وفى عام (١٨١٧م) ظهرت العديد من الصيحات التى تنادى بعلاج المقامرة ومقاومتها، كما حدث فى منطقة المسيسيبي فى أمريكا، ودعا لهذه الحركة الاقتصادى «چون لو» كذلك كانت هناك حالات مشابهة لذلك فى القرن التاسع عشر فى الحى الغربى من لندن الذى كان مليئاً ببيوت المقامرة .

ومع حلول عام (١٨١٩م) كان المهتمين بدراسة المقامرة، سواء على المستوى الأدبى أو الاكاديمى، بدأو يدركون أن المقامرة سلوك قهرى يدخل ضمن الإدمان والمرض النفسى الخطير. إن درجة الادمان على المقامرة تروىها لنا قصة قديمة للكاتب (هوفمان) بعنوان «حظوظ

المقامر». كان أحد المدمنين على المقامرة قد تركها بعد جهد كبير، إلا أنه عندما قارب الموت، وأثناء زيارة القسيس له قبل مماته، كان أقرباؤه يلحظون باسنفراب تلك الحركات اللا إرادية التى يقوم بها وهو فى حشجة الموت، وكانت فى الحقيقة حركات توزيع ورق القمار على المائدة مصحوب بتمتمة من إصطلاحات اللعب وتعبيراته^١

وفى الفترة من (١٨٢٠ : ١٨٣٠) كانت هناك ثورة عارمة ضد المقامرة، تزعمها الطبيب الشهير آنذاك شارلز كالدويل Charles Caldwell، حيث دعا للقضاء على المقامرة بإعتبارها أكبر الرذائل التى تجعل الفرد مدمناً ثم مجنوناً، ومن بعده جاء (تايلور) ليصنف المقامرة بأنها إدمان، تماماً كما فعل (كوتون) من ٢٠٠ عام حيث وصف المقامرة بالإدمان، بجانب أنه حدد بعض الخصائص لإدمان المقامرة، جاءت فى معظمها مشابهة لما جاءت به الرابطة الأمريكية للطب النفسى عام ١٩٩٤، حيث وصف كوتون المقامرين بأن لديهم شعوراً بالذنب والخزى والعار ولديهم سرية عالية، وكل اهتماملتهم تدور حول ممارسة المقامرة، كما أنهم يهملون أزواجهم ومنازلهم وكذلك وظائفهم، ويتصفون بالتهور والتبذير وقد يتحولون إلى لصوص ويمارسون أفعالاً غير شرعية تدعم سلوك المقامرة، وفى النهاية ينتحرون .

(National Academy Press. 1999, 9-11)

وفى الفترة من (١٨٤٠ : ١٨٥٠م) جاء (وليام ألكوت) William alcott وهنرى وارد Henry ward ليحددا بعدا آخر يرتبط بالمقامرة وهو الجريمة، وفى النصف الأول من القرن العشرين، بدأت نظرية التحليل النفسى تهتم بسلوك المقامرة، وكان ذلك على (فرويد) وفان هتنجبرج وبيرجلر وأتوفينخل) ففى عام ١٩١٤ أصدر فان هتنجبرج العديد من دراسات الحالة والمقالات النظرية عن المقامرة، وكلها كانت تدور حول الفكرة الاساسية بأن المقامرة سلوك قهرى وإدمان وكان إهتمام فرويد بسلوك المقامرة أكثر عمقا، حيث يرى أنها ذات طابع تكرارى من خلالها تدمر الذات نفسها، والفرد لا يقامر من أجل المال، ولكن من أجل المقامرة ذاتها. بذلك تعتبر المقامرة إدمان مثلاً فى ذلك مثل تناول الكحوليات والعقاقير .

وفى عام ١٩٣٠ إنتشرت الدعاوى بشرعية ترخيص المقامرة فى الولايات المتحدة، فبدأت (٢١) ولاية فى أمريكا فى فتح نوادى المقامرة، وقد أدى ذلك لاهتمام السيكلولوجين بسلوك

المقامرة. وفى ديسمبر (١٩٥٧) عقدت عدة مقابلات علمية مع عدد كبير من المقامرين، بهدف التعرف على الظاهرة من جوانبها المختلفة، ووضع الطرق العلاجية السليمة التى تتناسب وطبيعة المقامرة. ثم توالى بعد ذلك جهود الباحثين فى قياس سلوك المقامرة إلى أن ظهر سنة (١٩٨٤) أشهر الاختبارات لقياس سلوك المقامرة المرضية والقهرية. ويسمى المقامر المجهول، وهو نفس اسم المؤسسة التى نشرتته (*Gambler anonymous. 1984*).

وفى الأونة الحديثة بدأت دراسات المقامرة تهتم بالعوامل النفسية والشخصية بدلاً من الإهتمام بالعوامل الاجتماعية والاقتصادية التى كانت تحتل مركز الصدارة منذ بداية الأبحاث العلمية الجادة للظاهرة، وبناء على ذلك ظهرت العديد من المنظمات العالمية التى تدرس سلوك المقامرة، ومعظمها تهتم بالجوانب النفسية للمقامرة، نذكر منها .

(١) منظمة ماساشويتس للمقامرة القهرية .

(٢) مؤسسة أريزونا للمقامرة القهرية .

(٣) مركز الدراسات النفسية للمقامرة بلويزانا .

(٤) مؤسسة نيقادا للمقامرة المشكل .

(٥) مؤسسة المسيسيبي للمقامرة القهرية .

(٦) مؤسسة كاليفورنيا للمقامرة المشكل .

النظريات النفسية المضرة لسلوك المقامرة

مقدمة :

قد يبدو للذى يدرس سلوك المقامرة أن القاعدة الوحيدة التى يتعامل بها مع المقامر أن لا قاعدة فتحدد، أسباب المقامرة هو من الصعوبة بمكان بحيث تفسرها نظرية واحدة، فقد تركز نظرية على جانب وتهمل عدة جوانب أخرى، قد تكون هى الأكثر أهمية فى دراسة الظاهرة . وقد ظل تفسير سلوك المقامرة وأسبابها أمراً صعباً حتى التسعينيات من القرن العشرين، وذلك لتداخل المفاهيم الخاصة بهذا السلوك بجانب تضارب الآراء والنماذج، وعدم وجود إطار واحد شامل يجيب على السؤال التقليدي: لماذا يقامر الناس؟ (Brown, R. 1987, p. 111) .

وعلى الرغم من وجود بعض التداخلات فى النظريات والنماذج، إلا أنها إستطاعت أن تضع يدها على كثير من الحقائق العلمية لظاهرة المقامرة، وذلك لأنها إستخدمت نظاماً طبولوجياً «Typology» وبناء على ذلك تصبح هذه النظريات بمثابة الأدوات التشخيصية التى تمهد للعلاج. ونظراً لصعوبة تفسير سلوك المقامرة وأسبابه من خلال نظرية واحدة، فقد إستخدم بعض العلماء أمثال (روزينثال) Kosenthal أكثر من نظرية لتفسير سلوك المقامرة وأسبابه، فاستخدم النظرية السيكدينامية لفرويد، والنظرية السلوكية والنظرية الاجتماعية، بل والنظرية الفسيولوجية أيضاً، وبرغم هذا التنوع إلا أن روزينثال كان يركز على الجانب السيكلوجى . (Rosenthal, K. 1987, p. 15) .

ولا تقف نظريات المقامرة عند النظريات التى تناولها روزينثال، بل تتعدى ذلك بكثير، فهناك نظريات طبية وإجتماعية وإقتصادية وإحصائية، ولكننا سنركز فى العرض التالى على النظريات النفسية، وهى كما يلى :

- ١- نظرية التحليل النفسى للمقامرة
- ٢- نظرية العوامل الشخصية للمقامر
- ٣- نظرية الفعل السببى للمقامرة
- ٤- نظرية الثقل لسلوك المقامرة .
- ٥- نظرية التعلم الاجتماعى للمقامرة .
- ٦- النظرية المعرفية السلوكية للمقامرة
- ٧- النظرية العامة للمقامرة .

أولاً : نظرية التحليل النفسى للمقاومة

تنصب معظم تفسيرات نظرية التحليل النفسى للمقاومة على عاملين أساسيين هما : إشباع الدوافع الغريزية، ومراحل النمو المبكرة، وخاصة الصراع الأوديبى الذى يمثل نقطة الحسم فى الديناميات النفسية لسلوك المقاومة، وضمن هذين العاملين يضع أصحاب نظرية التحليل النفسى عدة عوامل تؤثر فى سلوكيات الفرد وتؤدى لسلوك المقاومة، فنجد علماء التحليل النفسى يتحدثون عن وهم القدرة المطلقة omnipotence وفقدان الحب، والعدوان، وصدمة الثدي breast Trauma، ومرحلة الاختبار الأخلاقى ethical testing phase، والمازوخية، والجنس والشعور بالذنب، والبحث عن الاثارة Sensation-seeking، والصراع (Jackie, F. et al. 1999, p.12). معظم هذه العوامل تعمل عملها بشكل لا شعورى .

وفىما يتصل بهوم القدرة المطلقة، يرى «بيرجلر» Bergler أن المقامر المرضى Patho-logical gambler يتسم فى طفولته بجنون العظمة الطفلى infantile megalomania أو ما كان فرويد يطلق عليه "الاعتقاد بهوم القدرة المطلقة، ويستمر هذا الاعتقاد مع الفرد حتى الكبر، ويبدو بوضوح فى سلوك المقامر وغروره بأنه يستطيع التحكم فى نتائج اللعبة، مثل التحكم فى زهر النرد والحصول على أى رقم، وكذلك التحكم فى عجلة الروليت ووضعها فى أى مكان، فالمقامر فى طفولته يكون على وعى كامل برغباته برغم قتلها، كما أنه يدرك أن رغباته وإشباعها رهن بتصرفات الكبار، خاصة الأم التى تمثل مصدر الإشباع الرئيسى، ذلك لأن الطفل ينظر إليها على أنها مطلقة القدرة ، فهى التى تتحكم فى الغذاء الذى هو كل شئ بالنسبة للطفل، ومن يتحكم فيه، يتحكم فى كل شئ (Bergler, E. 1970, p. 33) .

وعندما تأتى مرحلة الفطام تأتى معها باحباط فمى كبير، إذ أن الطفل قبل ذلك كان يحقق رغباته دون قيد أو شرط، مما ساعده على الشعور بحب الأم، أما وقد أصبحت الأم مصدر للاحباط برغم قدرتها على تحقيق رغبات الطفل، فإن ذلك يؤدى لكرهيتها، فالطفل لا يدرك من خلال الموقف الضاغط الذى تضعه فيه الأم أثناء الفطام، فالوالدين يريدان للطفل أن يتجه لمرحلة أخرى من النمو، وإنما كل ما يدركه الطفل الاحباط الفمى وفقدان الشعور بالقدرة المطلقة . ويحاول الطفل أثناء عمليات النمو أن يعيد لنفسه الشعور بحب الوالدين وهوم

القدرة المطلقة، والتغلب على الاحباط الفمى، وقد لا يجد وسيلة فى ذلك سوى المقامرة، لذلك تؤكد نظرية التحليل النفسى على أن سلوك المقامرة ينتج بسبب فقدان الحب، والعدوان على الوالدين، فقد فشل الفرد فى أن يعيدهم على الصورة الأولى قبل الفطام، فكانت المقامرة وسيلة للعدوان عليهم، وإعلان صريح عن الاستغناء عنهم بأنه وجد طريقة أخرى تحقق له الإشباع، فبالمقامرة استطاع المقامر أن يخلع الأم بصورة رمزية فوجد لنفسه حياً آخر يحقق له ما ضاع منه من إشباع، لذلك يذكر فرويد Freud أن الفوز فى المقامرة هو بديل رمزى عن لبن الأم، تماماً كما تمثل الخسارة فى المقامرة خسارة لحب الأم، إلا أن للخسارة وجه آخر يتمثل فى رغبة المقامر فى عقاب الأم لكونها فشلت من قبل فى اعطائه الحب، وهنا يصبح الدافع الغرى الذى يتم إشباعه من خلال المقامرة هو العدوان والذى يكون موجهاً بالتحديد نحو الأم، لذا يمكن القول أن المقامرة بديل عن الأم، سواء فى ميكانيزماتها أو عناصر التثبيت فيها أو ما بنوب عنها فى الأداء (Walker, R.M. 1995, p. 101).

ويجب أن نشير إلى أن بعضاً من العدوان لدى المقامر يكون موجهاً للذات، وذلك ليعبد عن نفسه الشعور بالذنب تجاه الوالدين، وهنا يظهر الطابع المازوخى للمقامر والذى قد يبدو فى الرغبة فى الخسارة لازالة الشعور بالذنب، ففى الطفولة قد يصبح المقامر غاضباً من الوالدين وعدوانى عليهم وفى ذات الوقت يشعر بالخوف من إستجابتهم، مما قد يجعله يعاقب نفسه على ذلك فى الكبر بالخسارة، وهذه الحالة هى التى تفسر لنا الاكتئاب لدى المقامر المرضى (Rosenthal, K. 1987, p. 3/).

والسؤال الذى يطرح نفسه، أن كثير من الأطفال يتعرضون لنفس الأحداث التى يتعرض لها المقامر فى طفولته، وعلى الرغم من ذلك قد لا يقامرون، فلماذا يقامر فرد ولا يقامر الآخر برغم أن الخبرات التى مروا بها واحدة؟

يجيب ماز Maze على ذلك فىرى أن المقامرين فى طفولتهم يختلفون عن باقى الأطفال من حيث ثلاثة وعوامل :

١- صدمة الثدي : Breast trauma

٢- عقدة سيكوندس · The Secundus complex

٣- مرحلة الاختبار الأخلاقى Ethical testing phase

أما فيما يتصل بصدمة الثدي، فالمقامر أثناء الفطام فى الطفولة يتعرض لصدمة أكبر بكثير من الطفل العادى، كما أن البعض منهم قبل الفطام لايشعرون بتمتع فمى بالثدى، وقد يترك الفرد منهم ثدى الأم ليستمتع بطعام آخر، وبرغم كراهيته لثدى الأم قبل الفطام، إلا أنه يصدم ويحبط بعد الفطام، ويرى البعض أن الإفراط فى المقامرة قد يكون ناتج عن صدمة الثدي، وأن الفرد يقامر بكثرة كمحاولة لإعادة حالة الاشباع غير المشروطة التى كان يشعر بها قبل الفطام وأثناء الإحساس بوهم القدرة المطلقة . (Mazej, 1987. p20).

وتشير عقدة «سيكوندس»^{*} إلى الصراع الأوديبى بين الطفل ووالديه وبخاصة الأم، وطبقاً لهذه العقدة يشعر الطفل أن الأم مصدر الخطر وأن الخيانة والغدر أساس تكوينها، لذا لايجب الثقة بها. وعندما ينمو الطفل تنمو معه هذه الأفكار فتكون المقامرة والافراط فى المقامرة أحد الوسائل التى تساعد الفرد على الهروب من إسترجاع هذه الأفكار، خاصة وأن الاثارة التى يتضمنها سلوك المقامرة تحتوى الفرد كلية، بذلك تكون المقامرة تعويضاً عما كان يجب أن نمحه الأم، ودفاعاً ضد مشاعر الألم ونقص تقدير الذات. (Walker, 1995. p.103).

أما بالنسبة لمرحلة الاختبار الأخلاقى Ethical testing phase ، فتشير إلى أن الطفل يتعلم فيها القواعد الأخلاقية ويتبنى وجهات نظر متعددة حول الموضوعات، ولكن المقامر على عكس ذلك، لا يصل لهذه المرحلة بفعل التثبيات التى تحول دون وصوله لهذه المرحلة، والسبب فى ذلك علاقات الطفل بالآخرين وخاصة الوالدين اللذان يتبعان أسلوباً مذبذباً فى

^{*} عقدة (سيكوندس) سميت بهذا الاسم نسبة إلى أسطورة الفيلسوف الصامت من أنباج الفثاغوريين الجدد -1100 Pythagorean silent Philosopher المولود فى القرن الثانى قبل الميلاد، وتروى الاسطورة أن سيكوندس فى طفولته نعلم أن المرأة لا يجب الثقة بها وأنها مصدر للخطر، ويترك سيكوندس أمه فى رحلة مصيبة مليئة بالفسوة والحرمان، ويعود أثنا شاباً، للتعق بأمه ثابة ولكنه يقنعها بأنه غريب عن المدينة، ويحاول الشاب الغريب أن يغرى أمه بالمال ليقيم معها علاقة جنسية، وذلك كمحاولة لاختيارها والناكس من فكرته القديمة عن المرأة، وعندما توافق الأم على ذلك، لم يفعل سيكوندس شيئاً سوى أنه نام على صدرها فقط، وعندما جاء الصباح حاولت الأم أن تجد تفسيراً لهذا الرجل الغامض الذى حاول جاهداً أن يغريها سنس الطرق، وما إن توافق لم يفعل شيئاً، وعندما كشف سيكوندس عن هويته وأنه فى الحقيقة إبنتها، قامت الأم بالانتحار، ومن وقتها إختار سيكوندس الصمت طوال حياته.

تربية الطفل من حيث الثواب والعقاب ، مما يجعل الطفل غير قادر على التمييز بين الأشياء الحسنة والردئية، فتصبح فكرة الأخلاق والشعور الأخلاقي غير متضمنة في سلوك الفرد. وعلى أثر ذلك يصبح المقامر أسيراً للنموذج الخاص به في اختبار الموضوعات، فالمقامر له نموذجه الخاص الذي يختبر من خلاله الواقع، كما أنه يحاول أيضاً أن يجد الوسائل التي تعينه على اختبار الواقع من خلال النتائج المتوقعة للأفعال، ولكن غالباً ما يفشل المقامر في ذلك، فلا يجد الوسائل التي تعينه على اختبار الواقع، فيكون بذلك أسيراً لنظريته الخاصة. ونتيجة لذلك يرى البعض أن المقامر ما يزال قابلاً في داخل ذاته وأنه طفل غير ناضج لم يخرج بعد للعالم الموضوعي، وأنه يشعر بطفولته هذه، ولا ينظر لنفسه كأنسان راشد إلا عندما يمارس المقامرة. (Maze, j. 1987. p 22)

وفي ضوء ذلك ترى نظرية التحليل النفسي أن الهدف من المقامرة هو تضييد الجراح والصراعات النفسية، والهروب المؤقت من الديناميات التي تهدد كيان الذات، لذا تصبح المقامرة مصدراً للجذب مهما كانت نتائجها، مكسب أو خسارة، فكسب المال عامل من الدرجة الثانية لدى المقامر المرضى، فهو لا يقامر من أجله فقط، المهم «الفعل» ذاته وليس نتائجه ويرى بعض المحللين أن المقامرة قد تكون إستجابة لبعض المثيرات المؤلمة، كفقْدان شخص عزيز، أو موت الوالدين أو أحدهما، أو التعرض لخسارة كبيرة، وبذلك تصبح المقامرة وسيلة للتوافق مع الصراع بصراع آخر، وكأنما هي أيضاً دفاع بالصراع ضد الصراع. ويرى وايلدمان - Wildman أن الصراع في المقامرة يتمثل في ثلاثة عوامل هامة هي : الجنس والعدوان والشعور بالذنب . (Wildman, R. 1997, p. 18)

وإن كان وايلدمان، يرى أن المقامرة صراع ودفاع بالصراع ضد الصراع، فإن فرويد يرى أن المقامرة وسيلة لحل الصراعات، وخاصة الصراعات الوالدية أو ما ينوب عنهم من الرموز التي قد تتشكل على هيئة آلهة أو امرأة لعوب تجلب الحظ، هي الممثل البديل للأم (lady luck)، وبجانب ذلك يرى فرويد أن المقامرة إدمان مثل إدمان المخدرات وشرب الكحوليات، لكنه يرى أنها إدمان ثانوي secondary تظهر أعراضه ضمن إدمان أولى Pri-mary mary addiction تتمثل في العادة السرية masturbation. لكن «چاكوب» في نظريته

عن الإدمان يرى أن الميكانيزم الاساسى فى المقامرة ليس إدمان العادة السرية، ولكنه الطابع النرجسى الذى يتميز به الفرد، فالشخصية النرجسية تحاول دوماً السيطرة على الاثارة والاندفاعية لديها من خلال سلوك المقامرة، فكثير من أنماط السلوك تستخدم لتحقيق السيطرة على مستوى الاثارة عن طريق أنماط سلوكية معينة، مثل شرب الخمر وتناول المخدرات وكثرة الأكل وكثرة النوم أو التمرينات الرياضية ومشاهدة التلفيزيون أو الجنس. واختيار النشاط هنا بتوقف على تنظيم طاقة النشاط. (Laockie, f. et al 1999, p. 14).

والسيطرة على الإثارة لا يعنى أن المقامر يرغب فى القضاء على الاثارة، بل إنه يحاول أن يزيل توتر الاثارة دون أن يصل لدرجة الضعف، وفى الوقت نفسه يحاول أن يزيد من الاثارة بالمقامرة دون أن تصل لدرجة المائة، والهدف من ذلك هو التحكم فى الأشياء التى لا يستطيع التحكم فيها، لذا يقول روزينثال «Rosenthal»: إن الناس تقامر لكى يتحكموا فيما لا ينحكمون فيه (control the uncontrollable) وبخاصة التحكم فى المشاعر الخاصة بالمستقبل والقدر، لذا يحدد (روزينثال فى علاقة المقامر بالمستقبل، أن هناك مطالب هرمية للمقامر نتحدد فى ثلاثة عوامل الفرصة، الحظ والقدر، ورأى أن هذه العوامل تعمل منفصلة عن بعضها البعض ثم تتحد أثناء مراحل النمو لتشكل طابعاً خاص للمقامر.

(Rosenthal, R. 1992, p. 24).

أوتوفينخل ونظرية التحليل النفسى فى المقامرة :

يرى فينخل أن الولع بالمقامرة هو تعبير عن الصراعات الدائرة حول الجنسية الطفلية ببعثة الخوف من المطمئنات الضرورية ضد القلق أو شعور الاثم، وكقاعدة عامة فإن الصراعات المعنية هنا، هى تلك التى تتركز حول الاستمنا. فاستثارة اللعب تناظر الاستثارة الجنسية، واستثارة الكسب تناظر إستثارة النشوة «وإستثارة القتل» كما أن إستثارة الخسارة تناظر عقوبة الخصاء «ومعاناة القتل» تماماً كما أن العصابين القهريين يبتدعون العديد من التنبؤات قصداً منهم إلى إكراه الاله على إباحة الاستمنا وعلى تحريرهم من شعورهم بالاثم (الأمر الذى يفشل كقاعدة عامة) فكذلك المقامر أيضاً يغرى القدر بأن يعلن عما إن كان يؤيد لعبة «إستمنا» أو عما إن كان يخصية .

وكما هو الشأن حول كل الصراعات الدائرة حول الاستمنااء، فكذلك الحال هنا إذ يعمل هذا النشاط فداء للأخايل العدوانية المستهجنة النى بعمل لحسابها. وشدة الصراعات الدائرة حول الحصول على الامدادات من جديد نشير إلى النثببت الفمى، هذا إلى أن العنصر الأستى (الدور الذى تلعبه النقود) يتبدى أيضاً بارزاً .

ومع كل ذلك فالولع بالمقامرة فى صميمة هو إستفزاز للقدر لأرغامة على إتخاذ قرار لصالح الفرد أو ضدة، فالخط الحسن يعنى وعدا بالحماية بالامدادات النرجسية فيما يتجصل بالأفعال الغريزية المقبلة، ولكن الأهم من ذلك هو أن المقامر النمطى يؤمن شعورياً أولاً شعورياً بحقة فى أن يطلب حماية خاصة من القدر، فمقامرة هى محاولة منه لارغام القدر بطريقة سحرية على أن يؤدى واجبه، ومع ذلك فالمقامرة حرب ضد القدر .

فالمقامر يهدد بقتل القدر إذا رفض تقديم الامدادات الضرورية، وهو على إسنعداد من أجل ذلك لأن بخاطر ويعانى من خطر القتل، وفى الواقع إن الأخاييل الاستمنائية اللاشعوريه الخاصة بالمقامرة، غالباً ما تتركز حول قتل الأب، والحالة التالية توضح ذلك .

مقامر، شديد الولع بالمقامرة فى اليانصيب، كان يتصرف وكأنه من المؤكد أن يربح يوماً الجائزة الكبرى، كان ذلك ببساطة دينا له على القدر، وكشف التحليل على أن القدر لم يكن إلا وجه أبية، وقد كان أبوه مسرفاً فى تدلية فى السنوات الأولى الثلاث من حياته، ثم فجأة جردة أبوه من كل الامتيازات، فطوال حياته كان يطالب بالتعويض .

وفى المقامرة الأمينه تكون فرصة الخسارة مساوية لفرصة الكسب، المقامر يجترئ على إرغام الإله أن يتخذ بشأنه قراراً، أملاً فى عفوه، ولكن حتى حين يخسر أو حين يدان ويعانى القتل، فذلك يبدو له أكثر بكثير من الاستمرار فى معاناه ضغط الأنا، العليا غير المحتمل، وإذا كان الكسب فى المقامرة يعنى تمزداً للحصول على المطلوب، فإن الخسارة تعنى لا شعورياً إستعطافاً للحصول على المطلوب نفسه، والواقع هو أن الكثير من الأفعال الاندفاعية تميل لأن تعبر ليس فحسب عن الحفزات الغريزية، بل أيضاً عن متطلبات أنا عليا قاسية .

إن المقامرة والاستمناء يشتركان في شئ نمطي، فكلاهما يتجة القصد إليه كنوع من اللعب. والوظيفة السيكولوجية للعب هي التخلص من التوترات الشديدة بالتكرار الايجابي لهذه التوترات أو باستباقها، إن الاستمناء في الطفولة والبلوغ هو بهذا المعنى لعب بالهياج الجنسي يجعل الأنا تألف الهياج ويعددها للقدرة على السيطرة عليه، والمقامرة في البداية يكون النظر إليها على أنها لعب، بمعنى أن النبوءة يتم سؤالها بشكل لعبي عن الاتجاه الذي يكون عليه قرارها في موقف أكثر جدية، وتحت ضغط التوترات الداخلية يمكن للطابع اللعبي أن يختفي، فالأنا لم تعد الآن تستطيع السيطرة على ما بدأت بل تنغمر بحلقة مفرغة من القلق الخطير وعنف الحاجة إلى الاطمئنان ثم القلق من جديد من شدة العنف، وعندئذ يبدو قطع الوقت مسألة حياة أو موت، (أوتوفينخل، ١٩٦٩، ص٧٠٣: ٧٠٨)

وهناك بعض الباحثين يرون وجهات نظر مضادة لنظرية التحليل النفسي في المقامرة فيرون أنها عصاب قهري، ويعلق على ذلك فينخل بقوله: «إننا عندما نصف المقامرة «بالقهر» فذلك وصف ناقص غير سليم إذ أن الأهم هو صراع المقامر مع تجسيد القدر - personification of fate، ذلك القدر الذي يكون في حالة مع- أو ضد المقامر. وذلك الصراع في النهاية هو صراع مع الوالدين (Lesieur, H& Rosenthal, R. 1991. p. 16).

ثانياً، نظرية العوامل الشخصية للمقامرة

Personality Factors of gambling

تتناول نظرية العوامل الشخصية فى المقامرة العديد من الخصائص الشخصية التى ترى أنها تؤثر على البناء النفسى للفرد فتدفعه لسلوك المقامرة، فتحدث النظرية عن الاكتئاب، والشخصية المضادة للمجتمع، والقلق، والخضوع والسيطرة والتوجه التحصيلى والشخصية النرجسية .

فيلعب الاكتئاب دوراً كبيراً فى سلوك المقامرة، حيث يحاول الفرد أن يبحث عن وسيلة للخروج من مأزق الشعور بالاكتئاب فلا يجد إلا المقامرة لما تتمتع به من مستوى عالى من الاثارة، فالشعور بالضغط والخسارة وكل ما تؤدي به الأحداث الصارمة، لا يقضى عليها إلا نشوة الاثارة أثناء المقامرة (Roy, A. et al. 989. p. 50) .

والمقامر، وخاصة المقامر المرضى يختلف لديه التوجه التحصيلى - achievement orientation عن الشخص العادى، فالمقامر المرضى أكثر تحصيلاً وذكاءً ومناورة،، كذلك يتميز المقامرون بارتفاع نسبة القلق والانحراف السيکوباتى وانخفاض قوة الأنا والتحكم فى الذات self-control مع زيادة الاضطراب فى الجانب النرجسى من الشخصية، هذا بالإضافة إلى الرغبة العارمة فى التحكم فى الاشياء

(Graham, G. & Lowenfeld, B. 1986. p.59)

ويشير بلاذنسكى ومكنوتى Balszczynski & Mcconaghy إلى أن هناك ثلاثة أنماط منفصلة من المقامرة .

١- المقامر المكتئب

٢- المقامر المتبرم المنزعج

٣- المقامر المكتئب المتبرم المنزعج

وتظهر المقامرة هنا كمحاولة للقضاء على أى من هذه الأنماط الثلاثة .

(Blazczynski, A & Mcconoghy, N. 1990. p. 36)

وهناك بعض الخصائص التى ترتبط بالمقامر المحترف، فهو دائماً منبسط وودود ومعتدل .
 فى تصرفاته ونادراً ما يكتئب، ورغم ذلك قد يعانى من اضطرابات الشخصية. خاصة العاطفية
 منها. وقد حدد مكورمك وتابر McCormick & Taber خمس خصائص شخصية ترتبط
 بالمقامرة المرضية وهى .

١- الميل والاتجاهات الوسواسية القهرية

٢- العامل المزاجى "ويتراوح ما بين الاكتئاب والاعتدال .

٣- الشعور بوجود صدمات لها دلالتها، أو وجود ضغوط حياتية: وهى صدمات وضغوط قديمة
 وأخرى حديثة .

٤- العامل الإجتماعى: ويرتبط بمشكلات خاصة باضطراب الشخصية المضادة للمجتمع

٥- مشاكل الإدمان والشعور بالإساءة. وهذا العامل هو ما يطلق عليه نظرية الشخصية
 الإدمانية، والتى ترى أن هناك نمط من الشخصية يكون أكثر عرضة للإدمان من أى نوع
 آخر، فقد اتضح أن غالبية المقامرین مدمنين، بداية من المخدرات ووصولاً إلى الكحوليات
 حنى الهروين، فالمقامريشبة لدرجة ما المدمن، إلا أن المقامر لديه إنحراف فى الشخصية
 أكبر بكثير من المدمن (McCormic, R. & Taber, j. 1987, p. 30) .

ثالثاً، نظرية الفعل السببي للمقامرة

The theory of reasoned action of gambling

وضع «فيشبين وأزين» عام ١٩٧٥ نظرية في السلوك تشمل متغيرات القصد والنية intention، والاتجاهات، والمعايير الذاتية. فالسبب الأولي للسلوك هو نية الفعل، ولا تتكون هذه النية إلا في وجود اتجاه معين نحو الفعل ومعايير ذاتية تحيط به. وقد قام «كمنج وكورنى» بتطبيق هذه النظرية على سلوك المقامرة (فالنية والقصد) في ممارسة المقامرة، تنبع من الرغبة في ذلك «الاتجاه» وكذلك من خلال معلومات وتوقعات لأن يمارس الفرد المقامرة «المعيار الذاتى». وقد تزداد سلوكيات المقامرة إذا كانت المعايير الاجتماعية تشرع ذلك، بحيث تصبح المقامرة سلوكاً مقبولاً اجتماعياً، وهنا قد تحل المعايير الاجتماعية محل المعايير الذاتية، فيزداد سلوك المقامرة، خاصة لدى الأفراد الذين كانت معاييرهم الذاتية ترفض ذلك.

(Fishbein, M. & Ajzen, i. 1975, p.3)

والاتجاه نحو سلوك معين هو عملية تقييمية للشخص نفسه، تجعله يتصرف بشكل معين تجاه فعل ما، بحيث يصبح سلوكاً ما مقبولاً وآخر غير مقبول، وبمجرد أن تتكون المعتقدات حول هذا السلوك وتقدر نتائج، يصبح الاتجاه مركب من وحدات تقييمية لمعتقدات واضحة وبارزة، فاتجاهات المقامر نحو المقامرة التي يمارسها: أنه سيفوز، وأن دوره قد أتى وحان الوقت ليفوز بشئ ما، وأن الحظ سيحالفه من الآن فصاعداً، ومثل هذه المعتقدات هي معايير ذاتية تجعل الفرد يستمر كثيراً في المقامرة.

وطبقاً للمعايير الذاتية نجد أن كثيراً من الأفراد لا يقامرون برغم إتاحة الفرصة لسلوك المقامرة، ذلك لأن معاييرهم الذاتية ترفض ذلك. وقد يترك الفرد المقامرة بمجرد الزواج، لأن اتجاهات الزوجة سلبية نحو المقامرة.

وترى هذه النظرية أن المتغيرات الطرفية Distal-variables لها دور كبير في سلوك المقامرة من حيث النية والقصد، وكذلك من حيث الاتجاه نحو المقامرة، ومن أهم المتغيرات الطرفية، سلوك المخاطرة، حيث يؤدي هذا السلوك لتبنى اتجاهات إيجابية نحو المقامرة. بجانب

سلوك المخاطرة، هناك أيضاً التفكير غير العقلانى. irrational thinking الذى يهى للمقامر أن بإمكانه التأثير فى نتائج اللعبة، ومثل هذا الاعتقاد يدعم (الاتجاه) نحو ممارسة المقامرة أكثر وأكثر، بقدر ما يدعم (القصد والنية لها).

(Cummings, W. & Corney, W. 1987. p. 140- 143).

رابعاً : نظرية التقلب للمقامرة

Reversal theory of gambling

قام أندرسون وبراون عام ١٩٨٧ بوضع نظرية التقلب لتفسير سلوك المقامرة، والنظرية فى الأساس ضمن نظريات الاثارة Arousal، التى تفترض أن الاثارة يمكن تفسيرها ضمن حالتين :

١- الهدف telic

٢- محازاة الهدف Paratelic

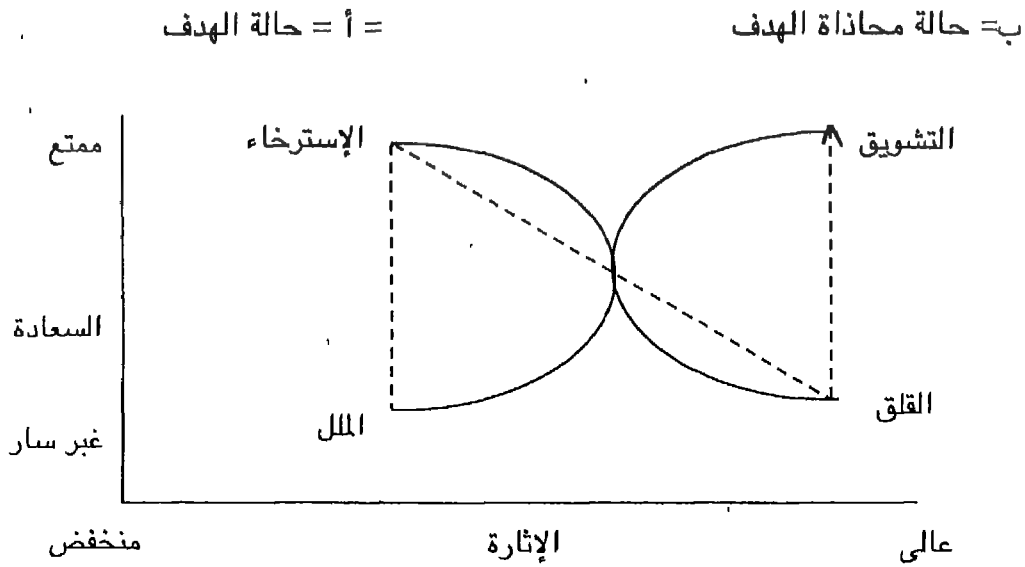
وقد يتحول الفرد من أى من هذه الحالات إلى الأخرى . فقد ينتقل المقامر من حالة الهدف telic إلى حالة محازاة الهدف paratelic والعكس صحيح. (وحالة الهدف) تعنى أن الفرد يكون موجهاً نحو تحقيق غاية معينة أو عدة غايات، وهنا نجد المقامر فى حالة الهدف يسعى نحو الكسب المادى. أما (حالة محازاة الهدف) يكون سلوك الفرد موجه فيها نحو المتعة والاثارة، فنجد المقامر لا يهتم المكسب أو الخسارة، وإنما ما يهيمه هو إستمرار حالة النشوة والاثارة .

وفى كثير من حالات المقامرة نجد الفرد يبدأ هذا السلوك للحصول على المال فقط «حالة الهدف telic) ثم لا يلبث أن ينتقل إلى حالة (محازاة الهدف paratelic) وذلك للحصول على الاثارة والمتعة، ولكن إذا تعرض المقامر للخسارة الكبيرة وهو فى حالة محازاة الهدف، يتحول إلى حالة الهدف.

وفى كلتا الحالتين «الهدف ومحازاة الهدف» يختلف الشعور بالاثارة، ففى حالة الهدف يكون المقامر متجها نحو المستقبل ويضع الخطط ويكون تركيزه خارج نطاق ذاته، ويستمتع بلذة المشاركة، ويوظف نفسه توظيفاً ذا معنى» ويفضل أن يكون فى حالة أقل شدة وإثارة. أما فى حالة محازاة الهدف، يكون المقامر متجها نحو الحاضر، ويكون أكثر تلقائية وتركيزه داخل ذاته ويستمتع بلذة الإثارة الحالية، ويفضل أن يكون فى حالة أكثر شدة وإثارة، وتفسر الإثارة

تفسيراً سلبياً فيما يتصل بحالة الهدف، حيث تعتبر الإثارة (قلق) ولكنها تفسر إيجابياً بالنسبة لحالة محاذاة الهدف، حيث تفسر «كتشويق» فانخفاض الاثارة يفسر إيجابياً في حالة الهدف، حيث يفسر على أنه (إسترخاء) ولكنه بفسر سلبياً في حالة محاذاة الهدف، حيث يفسر على أنه (ملل).

ويتضح ذلك من الشكل التالي :



ويرى أندرسون وبراون أن نظرية القلب تساعدنا على فهم سلوك المقامرة من خلال طرق كثيرة **أولها:** أن بإمكاننا أن نستنتج أن المقامر في حالة محاذاة الهدف ينجذب للمقامرة بحثاً عن الإثارة والمتعة، وهذا المقامر يراهن بالكثير من الأموال للحصول على كثير من الإثارة، أما المقامر في حالة الهدف ينظر للمقامرة على أنها جالبة للقلق وهو مقامر يراهن بالقليل من الأموال ليقبل نسبة القلق لديه .

ثانياً: قد يقامر الأفراد لأسباب مختلفة تماماً سواء كانوا في حالة الهدف أو حالة محاذاة الهدف، فالمقامر في حالة الهدف إذا كانت نسبة الإثارة لديه عالية، قد يقامر ليتحول لحالة محاذاة الهدف، حتى تتحول نسبة الإثارة العالية لديه إلى خبرة ممتعة ومشوقة، وكذلك الشخص في حالة محاذاة الهدف إذا كانت لديه نسبة قليلة من الإثارة (أى شعور بالملل) قد يقامر لإزالة هذا الملل .

وأثناء اللعب قد تحدث مثل هذه التقلبات (Reversals) وما يحدد ذلك، المكسب أو الخسارة . ويرتبط الفوز بالانتقال إلى حالة محاذاة الهدف، حيث الإثارة والمتعة، بينما ترتبط الخسارة بالانتقال إلى حالة الهدف، حيث عدم الإحساس بالمتعة والشعور بالقلق، وبناء على ذلك قد يصبح المقامر الخاسر مهتماً بهدف واحد، وهو إعادة ما خسره من مال. وقد يتفق كثير من المقامرين في هذه النقطة إذا أصبحت المقامرة باعثة على الإحساس بعدم المتعة . وعلى الرغم من أن الانقلاب إلى حالة الهدف هو الأكثر شيوعاً والمرتبط بحالة الخسارة، إلا أنه قد يحدث عندما يفوز المقامر (Anderson, G. & Brown, p. 987. Pp. 179- 183) .

خامساً، نظرية التعلم الإجتماعى للمقامرة

Social learning theory of gambling

نظرية التعلم الإجتماعى، هى إحدى النظريات السيكلولوجية للتعلم والشخصية، والتي ترى أن المقامرة سلوك متعلم يحدث من خلال التقليد، إما لنموذج يعجب به المقامر أو لأحد أقرانه، وترى النظرية أن الافراط فى المقامرة يرجع إلى البنية الإجتماعية والمحيط البيئى للمقامر، وكذلك الفرص المتاحة للمقامرة مثل أوقات الفراغ والبيئة الجغرافية المناسبة والنظرة العامة لاستخدام الأموال. وترى النظرية أيضاً أن المقامرة قد يكون لها وظيفة توافقية للفرد، حيث أنها تسمح له بالتحكم فى كمية الإثارة لديه، وعلى الرغم من ذلك يؤدى سلوك المقامرة لمشاكل كثيرة، قد تتراوح شدتها ما بين مشكلات عادية إلى أخرى أشد خطورة .

وكل هذه المشكلات قد يتغلب عليها الشخص تلقائياً ودون أن ينلقى العلاج، وذلك لأن المقامرة ما هى إلا مرحلة، وبإمكان المقامر الخروج من هذه المرحلة . فطالما أن السلوك منمعلم، إذن من الممكن ألا يتعلم .

(Mischell, w. 1973. p. 253)

من هنا يتضح أن نظرية التعلم الإجتماعى للمقامرة تهتم بالجوانب الاجتماعية الخارجية وتقلل من شأن قوة دوافع الفرد وانفعالاته ومدركاته، والتي قد يكون لها التأثير الأكبر على الفرد. ومن ناحية أخرى ترى النظرية أن المقامرة نوع من الهروب، يحاول الشخص من خلالها أن يحل مشاكله ويعالجها. (Dickerson, M. & weeks, D. 1974, p. 37) .

وترى نظرية التعلم الإجتماعى أن المقامرة تتم عن طريق التعلم والتقليد وملاحظة الآخرين، وذلك لأن كثير من ألعاب المقامرة تحتاج لمهارة وتدريب، مثل (الماكينة الشقبية) Solt Machine* تلك اللعبة التى لا تحتاج فقط للمهارة، بل أيضاً لبعض القواعد الاجتماعية

^٢ الماكينة الشقبية. Solt Machine. هى ماكينة تعمل باسقاط قطعة نقدية فى شق صغير ضيق.

لممارستها، فمثلاً من بعض قواعدها أن المقامر لا يُخرج مباشرة العملة المعدنية بمجرد وضعها في الشق الصحيح، ولكن عليه أن يتركها حتى تعطى له محاولات أخرى، وعليه في النهاية أن يحوّل هذه المحاولات إلى أموال .

ويحدث التعلم الإجتماعي من خلال الجماعات المرجعية Reference group لكنه لا يعتمد عليها فقط، بل يعتمد التعلم الإجتماعي للمقامرة على عوامل أخرى مثل الأسرة والتي تعتبر أفضل عوامل التدريب على المقامرة إذا كانت الأسرة من ممارسي المقامرة، ويحدث هذا التعلم عند ملاحظة الأطفال والمراهقين للحظات الأثارة والتشويق والمخاطرة التي تبدو على الوالدين أو أحد أفراد الأسرة، وهذا ما يعرف بالتدعيم البديل -Vicarious reinforce-ment، ويبدو هذا التدعيم في أسئلة الفرد عن الكيفية الصحيحة لممارسة المقامرة، وعن قوانين اللعبة. وقد يكون للتعلم الإجتماعي دوراً في ممارسة المقامرة عن طريق التشويق بالربح الزائد .

(Walker, M. 1995, p. 125)

سادساً : النظرية المعرفية السلوكية للمقامرة

Cognitive behavior Theory of gambling

إشتقت هذه النظرية فى الأساس من نظرية التعلم، ولكنها تركز على الدور الذى تلعبه العمليات المعرفية فى إكتساب سلوك المقامرة. وطبقاً لهذه النظرية فإن سلوك المقامرة يتم إكتسابه من خلال الميكانزمات التقليدية الموجودة فى الاشتراط الكلاسيكى. فسلوك المقامرة يتم تدعيمه من خلال المكافأة المالية ومستويات الإثارة الفسيولوجية التى تؤدى لنوع من الحساس والتشويق. ويلعب الفوز دوراً كبيراً فى تدعيم سلوك المقامرة ويزيد من احتمالية الإفراط فى المقامرة، كذلك ترتبط عملية الإثارة بالفوز والمكافأة المالية، وهنا يتعلم المقامر أن الفوز عملية غير دائمة، ولكنها بالتأكيد ستحدث، وهذا ما يجعل المقامر يستمر فى اللعب رغم ما يتعرض له من خسارة متكررة، فهو على يقين كاذب بأن النهاية حتماً ستكون لصالحه .

ولو استمرت عمليات التدعيم لفترة طويلة، تحدث إرتباطات كثيرة تتشكل عن طريق عمليات الاشتراط الكلاسيكى، فتصبح بيئة المقامرة فى حد ذاتها بيئة إثارة، حتى ولو لم يتم فيها ممارسة المقامرة. وقد يتم أيضاً تدعيم بعض الأفكار، حيث يشعر المقامر أنه فى أوقات معينة يكون محظوظ، وإذا تحقق له الفوز تدغمت هذه الفكرة، وحتى إذا خسر المقامر فى الوقت الذى كان يظن فيه أن الحظ معه، فإنه يعتقد أن المقامرة تخفى له فوزاً كبيراً سيأتى مرة واحدة، وهذا ما يعرف بوهم المقامر. gambler's fallacy.

(McCormic, R. 1-994, p. 78)

وترى هذه النظرية أن المشكلات التى تنجم من سلوك المقامرة، نرجع لضعف فى مهارات حل الضغوط لدى المقامر gambler's coping skills، مما يؤدى معه إلى عدم التحكم فى الإثارة وظهور الأفكار غير العقلانية، وعدم القدرة على إتخاذ القرار وزيادة تدعيم سلوك المقامرة، كل ذلك يؤدى لعدم القدرة على التوقف عن المقامرة، فيصبح سلوك المقامرة عادة، وميكانزم تشكيل للسلوك behavior completion mechanism وهذا يعنى أنه متى أثبرت الرغبة فى المقامرة، لابد على المقامر أن يمارس المقامرة، كإستجابة لهذا المثير، حتى

نكتمل المعادلة، مثير ثم إستجابة، ولو لم يحدث ذلك يصبح المقامر أكثر قلقاً وتوتراً، وترى النظرية أيضاً أن النمذجة Modeling والتقليد أهم الميكانزمات لاكتساب سلوك المقامرة، كذلك ترى النظرية أن وهم القدرة على التحكم illusion of control، والتعميمات غير الصحيحة، ومدعمات السلوك، وتذكر الفوز ونسيان الخسارة، كلها عوامل تساعد على كثرة الإفراط في سلوك المقامرة (sharpe, L & tarrier, N. 1993. p. 410).

النظرية العامة للمقامرة

A General theory of gambling

من الصعوبة بمكان أن يتوقف سلوك المقامرة عند عامل واحد فقط، بل تتداخل فيه عدة عوامل لتجعل من الفرد فى النهاية مقامرأ، هذا بالإضافة إلى أن هناك كثيراً من العوامل الفرعية الطرفية distal Factor التى تتداخل مع بعض العوامل الأساسية لتشكّل سلوك المقامرة، لكن إذا كانت العوامل الأساسية واضحة نسبياً، فمازالت العوامل الطرفية الفرعية موضع بحث لدراسة الوزن النسبى لكل عامل وأثره على سلوك المقامر. وفى هذه النظرية سنركز على العوامل الأساسية التى تحدد سلوك المقامرة وتأثير كل منها على الظاهرة والوزن النسبى لكل عامل ودرجة قوته عن العوامل الأخرى، وأهم هذه العوامل ما يلى :

- ١- الثقافة (الفرعية) Culture
- ٢- الجماعات المرجعية Reference group
- ٣- التعلم الاجتماعى Social Learning
- ٤- الشخصية Personolity
- ٥- الازمات والضغوط crises & stress
- ٦- وقت الفراغ Leisur time
- ٧- المكافآت الاجتماعية Sociol Reward
- ٨- الحاجة إلى الإثارة النفسفسيولوجية Psychophysiological arousal need
- ٩- العامل المعرفى Cognitive Factor

وإذا تناولنا هذه العوامل بالتفصيل، سنجد أولاً الثقافة، حيث يعتمد سلوك المقامر بدرجة كبيرة على الثقافة التى يعيش فيها الفرد، ويتضح هذا التأثير من خلال ثلاثة طرق أساسية :

- ١- مدى إتاحة أنماط مختلفة من المقامرة داخل الثقافة .

٢- الاتجاهات والعادات والتقاليد الخاصة بالثقافة الفرعية، والتي تشجع أو نرفض الأنماط والأشكال المتاحة من المقامرة .

٣- القوانين ونظم الثقافة التى تحدد أنواع المقامرة التى يعاقب العقاب عليها .

فإتاحة الفعل شرط لحدوثه، وكذلك إتاحة الفرصة للمقامرة يساعد على ممارسة هذا السلوك، فالسكان الاصليين لاستراليا لم يمارسوا المقامرة إلا عندما جاء الاستعمار من جانب البيض، كذلك فإن زيادة ترخيص المقامرة وإتاحة نوع من الشرعية لها، يعمل على زيادة ممارستها. (Walker R, M. 1995. p. 123) .

وكما أن الإتجاهات الثقافية الفرعية تؤثر على حدوث سلوك المقامرة، كذلك يلعب الدين دوراً بارزاً فى ذلك. فهناك فروق بين الأديان فى تحريم المقامرة، وتحريم بعض أنماطها، وإضفاء الشرعية على بعضها الآخر. والاتجاهات الإيجابية لكل من الدين والثقافة هى ما يساعد على الأفراد فى سلوك المقامرة. وهناك تفاوت كبير بين الثقافات الفرعية فى النظرة لسلوك المقامرة، يتضح هذا التفاوت ويبلغ أقصاها عندما ننظر بعض المناطق فى إستراليا لغير المقامر نظرة سلبية، وتعالى من شأن المقامر . (Griching, W. 1986, p. 48) .

ومن العوامل الأخرى التى تلعب دوراً كبيراً فى سلوك المقامرة، الجماعة المرجعية Re-frences group، وهى عبارة عن مجموعة من الأفراد يتوحد الفرد بهم ويتشابه معهم فى السلوك، ولا يشترط أن يكون الفرد عضواً ضمن هذه الجماعة، بل قد يكون خارجاً عنها، لكنها تؤثر فى أفكاره وأفعاله إلى الحد الذى يجعله قد يقامر حتى تتطابق أفعاله مع أفعال الجماعة المرجعية. وقد تكون الجماعة المرجعية الأسرة أو الأصدقاء أو جماعات العمل work-group، فمثل هذه الجماعات تشجع على ممارسة سلوك المقامرة، وخاصة جماعة العمل ونوع العمل نفسه إذا كان يسمح بمزيد من أوقات الفراغ. (Walker, M. 1995, p. 124)

وتوضح الجماعة المرجعية أثر التعلم الإجتماعى فى سلوك المقامرة، من حيث تعلم المهارات الخاصة بالمقامرة والتقليد، كما يشير أيضاً إلى أن المستوى الإجتماعى الاقتصادى يؤثر على ممارسة المقامرة بقدر ما يؤثر على نوعيتها . (Zola, K. 1963, p. 366) .

وإذا كانت الثقافة والجماعة المرجعية والتعلم الإجتماعى يؤثران بدرجة كبيرة على سلوك المقامرة، فإن ما يربط هذه العوامل ويدمجها فى إطار واحد، إنما هو شخصية الفرد، تلك التى تتحدد من خلال عوامل موقفية situational Factors تعتمد على الثواب والعقاب والاختيار، مما يعطى للشخصية بأبعادها وخصائصها الأهمية الكبرى فى التحكم فى السلوك، وطبقاً لذلك يتعلم الفرد المخاطرة بالمقامرة (عامل شخصى) من خلال المكسب الكبير أو الأمل فى الربح (عامل موقفى) .

وقد يرجع سلوك المقامرة إلى الأزمات والضغوط Crises and stress حيث تكون المقامرة هروب من الضغوط الحياتية، وأن كانت ضغوط الحياة لم تجعل من الفرد مقامراً، فإنها نهية لذلك وأهم، ضغوط الحياة التى تهى لذلك، عدم التجانس الزوجى -marital disharmony وموت أحد أفراد الأسرة، والمقامرة قد تكون هروباً من الضغوط لما يلى :

١- أن المقامرة تساعد الفرد على الابتعاد عن مصدر الضغط .

٢- توجة إنتباه الفرد بعيداً عن الضغوط .

٣- تحمى الفرد من الشعور بالمسئولية الاجتماعية .

(Pokorny, M. 1972, p. 356)

وقد يساعد وقت الفراغ على ممارسة المقامرة، لذلك ليس من الغريب أن تزداد معدلات المقامرة إذا كان الفرد متعطلاً عن العمل، أو غير متزوج، ويرى (جاكوبيس) أن المقامرة ترتفع فى بعض الدول النامية بسبب زيادة أوقات الفراغ، وبخاصة فى حالات التقاعد عن العمل، وبجانب أوقات الفراغ، تساعد المكافآت الاجتماعية social reward على ممارسة المقامرة، والتى تتضح فى تكوين صداقات وجماعات إجتماعية تؤثر فى سلوك الفرد، وذلك لأن المقامرة تحدث فى وسط إجتماعى ولا بد فيها من الالتقاء مع الآخر والاحتكاك به، سواء كان هذا الآخر هو العدو، المنافس، أم الصديق، ويرى (جوفمان) أن المكافأة الاجتماعية التى تمنحها المقامرة للمقامرين هى الاحساس بالشجاعة والقوة ومواجهة الخطر.

(Waker, M. 1995, p. 126)

وتلعب الاثارة النفسفسيولوجية. Psychophysiological arousal need، دوراً كبيراً فى الدافعية لسلوك المقامرة، إذ أن كثير من المقامرين، وخاصة المقامر المرضى، يقامرون من أجل الإثارة، تلك التى لا تمثل حالة مؤلمة، بقدر ما تمثل حالة من النشوة والسعادة، فيرى «براون» أن المقامر يقامر من أجل الحاجة إلى الاسترخاء عن طريق الإثارة، وهذا هو حال المقامر المرضى الذى ينتقل من حالة الهدف Telic التى تسعى وراء المال، إلى حالة محاذاة الهدف Paratelic والتى لا تهدف إلا إلى الإثارة والبحث عن المخاطرة

(Brown, R. 1987, p. 113)

وترى النظرية العامة للمقامرة أن للعوامل المعرفية Cognitive factors دوراً أيضاً فى الدافعية. لسلوك المقامرة، حيث ترتبط العوامل المعرفية بمعتقدات المقامر، وفنيات اللعب، والنتائج، فإذا كانت المقامرة مخاطرة ومغامرة، فعلى المقامر أن يتوقع دائماً الخسارة، وذلك لأنه لا توجد فنية معينة تجعل من المقامرة عملية ناجحة، وما يؤكد هذه المعتقدات ما تنتهى إليه المقامرة دائماً .

وطبقاً للنظرية المعرفية، يتمتع المقامر ببعض الأفكار والمعتقدات الخاطئة مثل: المقامرة تتطلب المهارة والمخاطرة والمعلومات، وأنه بإمكان الفرد التحكم فى نتائج اللعبة بمهاراته، كذلك يؤمن المقامر أن الحظ من خصائص الشخصية، أى أن هناك بعض المقامرين محظوظين دون الآخرين، ومثل هذه المعتقدات تجعل الفرد مقامراً، بل ومفرط فى المقامرة، وهكذا يتضح لنا أن المقامر ليس جاهلاً وإنما يعرف الكثير والكثير، لكن ما يعرفه خاطئ .

(Walker, M. 1995, p. 130)

المقامرة المرضية، Pathological Gambling

إعتاد العلماء فى دراسة سلوك المقامرة على تخيص جانب كبير من إهتمامهم لتعريف المقامرة ومناقشة سببى التعريفات المقترحة لها، وذلك من أجل الوصول إلى تحديد علمى دقيق يُستند إليه من بعد فى وضع نظرية كاملة عن المقامرة. لكن على الرغم من ذلك هناك صعوبة كبيرة فى تحديد مصطلح المقامرة، ويرجع ذلك للشخص حامل الظاهرة «المقامر Gambler» أكثر مما يرجع للظاهرة نفسها «المقامرة Gambling» .

فقد يندد المقامر عن كل تعريف ويفلت من كل تحديد ويخرج على كل قاعدة، فهو فرد ملتبس مركب يمتزج فيه الطهارة والرجس، الأمل واليأس. كذلك نجد ظاهرة المقامرة نفسها تبدو صعبة التعريف لأن دلالتها غير متضمنة فى ثناياها، أو فى تركيبها اللغوى، فهى لا تفهم بالتحليل اللغوى، إذ أنها أعقد من أن تكون ظاهرة مركبة يمكن أن تعرف عن طريق التحليل للعناصر البسيطة لها .

ويرى الباحث أن سلوك المقامرة ليس مجرد إشكال نظرى أو بحث منطقى لغوى، وإنما هى مشكلة يواجهها الفرد على مستوى الخبرة المعاشة، لذا يجب أن ندرس المقامرة والمقامر بعيداً عن التصورات النظرية والصياغة الصورية، والأشكال الدالة عليها فقط، وإنما نتخطى ذلك إلى المضامين الدالة، أى ننتقل من العينى إلى المجرد .

وعندما أصبحت مشكلة المقامرة فى التسعينات محط أنظار العلماء فى الغرب، ظهرت مشكلة تحديد المصطلحات الخاصة بسلوك المقامرة وذلك لما يلي :

١- ندرة الحقائق المتصلة بسلوك المقامرة على الرغم من ظهور العديد من الدراسات والاطر النظرية فى مجال دراسة سلوك المقامرة .

٢- كثرة المشكلات الخاصة بالمنهج السليم لدراسة سلوك المقامرة .

٣- تنوع وإختلاف النماذج الخاصة بسلوك المقامرة، تلك النماذج التى لا تكمل بعضها البعض، خاصة فيما يتعلق بالمشاكل السلوكية التى يتعرض لها المقامرون .

٤- كثرة المجالات التي تناولت سلوك المقامرة، فالمقامرة المرضية مثلاً تصنف ضمن علم الإدمان Addictionology والبيولوجيا، والوراثة والباثولوجيا، والفشل فى التعلم، والديناميات الإجتماعية، والتحكم فى الدفعات. (jackie, f. et, al. 1999, p. 12).

وتحديد مصطلح المقامرة Gambling يجعلنا وجهاً لوجه أمام العديد من المصطلحات المتداخلة مع بعضها البعض مثل ما يلى :

Compulsive gambling	المقامرة القهرية.
Problem gambling	المقامرة المشكل .
Gambling addiction	إدمان المقامرة.
Pathological gambling	المقامرة المرضية.
Potential pathological gambling	المقامرة المرضية الكامنة.
Probable pathological gambling	المقامرة المرضية المحتملة.
At risk gambling	المقامرة المعرضة للخطر.
Social gambling	المقامرة الإجتماعية.
disorderd gambling	المقامرة المضطربة

والكثير من هذه المصطلحات لها نفس المفهوم، وكلها تندرج تحت مفهوم المقامرة المرضية Poahological gambling باستثناء المقامرة الإجتماعية Social gambling. وينشأ الخلاف بين العلماء لأنهم لا يستخدمون مصطلحات ثابتة لوصف المقامرين الذين لهم نفس الصفات والديناميات النفسية، كذلك نجد أن بعض العلماء يحدد مصطلحات للمراهقين وأخرى للراشدين المقامرين، وإستخدام أكثر من مصطلح يؤدى لعدم القدرة على فهم الظاهرة وعلاجها. وهذا لا يعنى أننا نريد مصطلحاً واحداً للظاهرة كما فعلت الرابطة الأمريكية للطب النفسى، حيث إستخدمت مصطلح المقامرة المرضية ليعبر عن جميع حالات المقامرة.

صحيح أن هذا المصطلح يعبر عن الغالبية العظمى من حالات المقامرة لكنه لا يضم فى محتواة المقامرين الذين يعانون من صعوبات أقل من المرضية وأولئك الذين لديهم مشكلات أكثر خطورة من المرضية، كما أن سلوك المقامرة سلوك تطورى يبدأ بسيطاً ثم يتحول لسلوك مرضى .

(National Academy Press, 1999, p. 22-23)

ومصطلح المقامرة المرضية، مصطلح شامل نسبياً ويقيم ما كان يستخدمه الباحثون من مصطلحات مثل المقامرة المشكل problem gambling والمقامرة القهرية والمقامرة المرضية الكامنة، والمقامرة الخطرة وإدمان المقامرة والمقامرة المرضية المحتملة، ويرى جمهرة من الباحثين فى المقامرة، أنه لكى نتغلب على صعوبة تحديد المصطلح، لابد من وضع نموذج يتراوح ما بين عدم المقامرة تماماً إلى أن يصل للمقامرة المرضية، ومن خلال هذا النموذج تتضح ديناميات المقامرة التى تمكنا من وضع نموذج علاجى للظاهرة. ويتمثل هذا النموذج فيما قدمه «شافر وهل» فيما يلى :

المستوى صفر للمقامرة : (Level 0)، حيث لا يكون هناك ممارسة لسلوك المقامرة.

المستوى الأول للمقامرة : (Level 1) وهى المقامرة الاجتماعية social gambling التى تكون بغرض التسلية دون تقدير للأثار السلبية الضارة التى قد تحدث لاحقاً، وهذا المستوى لا يصاحبه أى مشاكل .

المستوى الثانى للمقامرة : (Level 2) وهو المقامرة المرضية Pathological gam-bling كما جاء وصفها فى الدليل الشخى الإحصائى الخامس (DSM-IV) والذى بوصف فيه المقامر بعدم قدرته على التحكم فى سلوك المقامرة والاستمرار الكامل فى اللعب رغم الخسارة المتكررة، بجانب ما يتميز به من تفكير غير عقلانى، وظهور الدلالات الكلينيكية مع وجود مشكلات كثيرة بسبب المقامرة ، وسلوك المخاطر المرتفع لدى هذه الفئة .

المستوى الثالث : (Level 3) وهم المقامرين الذين يحتاجون للعلاج حتى لا تتضاعف

مشاكلهم (shaffer, H. & Hall, M. 1996. P. 144) .

وتهتم الدراسة الحالية بالمستوى الثالث (المقامرة المرضية) - pathological gambling، وكذلك المستوى الرابع الذى يحتاج المقامر فيه للعلاج، وقد لقي نموذج «شافر وهل» رواجاً كبيراً للأسباب الآتية .

١ - أن هذا النموذج يضع تقسماً يدرك فيه المشاكل الحادة للمقامرة من ناحيتين

أ - أولئك الذين تتطابق حالتهم مع المحك التشخيصى لـ DSM .

ب - أولئك الذين يحتاجون للعلاج .

٢ - يسمح هذا النموذج بتقسيم الأفراد من غير مقامرين تماماً إلى من لديهم اضطرابات ومشاكل بسبب المقامرة .

٣ - يسمح هذا النموذج بتقسيم المقامرين من ذوى المقامرة الحادة إلى أقل مستويات المقامرة. (Walker, M. 1995. P. 21) .

تعريف المقامرة

أولاً : تعريفات توضح الجانب الكلينيكى المرضى فى المقامرة :

١- تعريف فولبيرج ومور Volberg, R & Moore, L

المقامرة، حالة كلينيكية مرضية تنمو وتتطور لتؤدى لتمييز شخصية الفرد وتهدد كيانة ومهنته وأسرته . (Volberg, R. & Moore, L. 1999, p. 62) .

٢- تعريف سو Sue, s

المقامرة، حالة من الانشغال التام بالمراهنة، قد يمارسها الفرد لأنها غاية فى حد ذاتها، فهو يقامر من أجل المقامرة وليس من أجل شئ آخر، ويشعر الفرد بالتوتر والقلق إذا إمتنع عن المراهنة. (Sue, s. 1997, p. 245) .

٣- تعريف روزينثال : Rosenthaol, R

المقامرة، إضطراب ينمو ويتطور ويتميزُ بعدة خصائص تشمل: عدم القدرة على التوقف عن المراهنة رغم الخسارة أو المكسب، والتفكير غير العقلاني، والشعور بالذنب، والرغبة في المخاطرة، وإذ إضطّر المقامر للتوقف عن المراهنة لظروف معينة فإنه ينسحب من المجتمع .

(Rosenthal, R. 1992. P 72)

٤- تعريف فينخل fenchel, otto

المقامرة، تعبير عن الصراعات الدائرة حول الجنسية الطفلية مبعثها الخوف من المطمئنان الضرورية ضد القلق أو الشعور بالاثم . (أوتو فينخل، ١٩٦١، ٧٠٣)

ثانياً : تعريفات تربط بين المقامرة وسلوك المخاطرة

١- تعريف المؤسسة الأهلية الأكاديمية N. A. P

المقامرة هي ألعاب الحظ التي تعتمد على الصدفة والعشوائية، وبعضها يتطلب القليل من المهارة، كما أنها فعل إرادي مدروس ومبنى على سلوك المخاطرة، وتوقعات سلبية للنتيجة .

(National Acadeing Press. 1999. P. 16)

٢- تعريف ووكر : walker, M

سلوك إنساني غير متجانس ونشاط يتضمن عملية إعادة توزيع المال Redistribution money الذي يبدو في صورة بضائع أو خدمات، وما يميز هذا السلوك عنصر المخاطرة بالخسارة للمال على أمل الربح بمزيد من المال. (Walker, M. 1995, P. 130).

٣- تعريف حقنى :

القمار، من يقمر، بمعنى الأرق في الليلة القمرية، والايقاع بالآخرين، وهو أيضاً الميسر، من يسر الأمر وجعله يسراً، وسواء كان قماراً أو ميسراً، فالمقامر هو هذا جميعه لأنه ينشد المال السهل ويلجأ للخداع ويتفرس في الخصم ويسبر أغواره ويستخدم الحدس ويجد لذه في

ذلك، ويخطر بمبالغ كبيرة وتأخذة الحمية، ومنهم من يستطيع أن يمتنع، أما الذى يصل لدرجة مرضية، يقامر عصبياً، وهو المقامر القهرى . (عبد المنعم الحفنى، ١٩٩٢، ١١٨٤، ١١٨٥) .

٤- تعريف ريبير Reber, A

المقامرة، هى المخاطرة بشئ ما له قيمة، مع احتمالية الفوز به، وأحد أهم وأشمل أنواعها المقامرة المرضية التى تعتبر اضطراب فى التحكم فى الدفعة impulse Control disorder والتى تتميز بعدم القدرة على التوقف عن المقامرة .

(Reber, A. 1987. P. 112)

٥- تعريف الدباغ :

المقامرة وسيلة بشرية للتحكم فى المجهول وتحدى الشكوك من خلال المخاطرة والأمل فى الربح ضمن عملية تتحكم فيها الصدفة والتلقائية أو شئ من الخبرة والقوانين الحسابية، ولا ينطبق ذلك على العمليات والصفقات التجارية من بيع وشراء لأن الربح والخسارة نتائج طبيعية لها .

(فخرى الدباغ، ١٩٨٦، ٦٠)

ثالثاً : تعريفات تربط بين سلوك المقامرة والحظ والمهارة والخداع :

١- تعريف هولن وبيرنس Hulen, D & Burns, P.

المقامرة، هى أى نوع من أنواع المراهنة، سواء كان ذلك بالمال أو بأى شئ آخر يعتمد على الحظ أو المهارة، وتكون نتائجه غير مؤكدة، وتعتمد على المخاطرة، وهو فعل يؤثر على الصحة النفسية للفرد وأسرته وأحواله المادية والمهنية .

(Hulen, D & Burns, p. 2000, p. 4)

٢- تعريف حفنى :

القمار أو المقامرة، شكل من النشاط يعتمد .على الصدفة ويوصف بأنه نشاط أداتى موجة لهدف إقتصادى شعورى، وأنه نشاط تعبيرى الاستمتاع به غاية فى حد ذاته.
(عبد/المنعم/الحفنى، ١٩٩٤، ٣٢٤).

٣- تعريف ديغرو . Deverux, E

المقامرة، هى الرهان بالأموال، وكل ما من شأنه أن يمثل أنشطة تعتمد على الحظ والعشوائية والنتائج غير المؤكدة للحصول على المكاسب دون إستخدام أى مهارة
(Devereux, E. 1974. p. 1120)

٤- تعريف أكسفورد . Oxford english dictionary

المقامرة، هى ممارسة ألعاب الحظ للحصول على المال، والمخاطرة من أجل الحصول على الفوز وتحقيق الفائدة، والمقامرة ترادف الاحتيال والخداع فى اللعب، لذا يعرف المقامر بأنه المحتال Rook والنصاب Sharper الذى إعتاد اللعب بالمال .

رابعاً : تعريفات تربط بين المقامرة والإدمان

١- تعريف مارفين Marvin, A

المقامرة، سلوك يسبب إضطراب فى مجالات الحياة السيكولوجية والفسولوجية والاجتماعية والمهنية، وهى أحد أنواع الإدمان، حيث تشير إلى ولع وإنشغال شديد بالمراهنة بكثير من الأموال مع عدم القدرة على الإمتناع عن المراهنة سواء فى حالة الفوز أو الخسارة.

(Marvin, A. 2000, p. 1)

٢- تعريف كلينارد وكوينى . Clinard, M & quinney, R

المقامرة، هى أحد أنواع السلوك الاجرامى المنظم كالاستعراضية والبغاء والجنسية المثلية وشرب الخمر، لكنها تتميز بالخداع Fraud والمهارة والحظ والمنافسة والانحراف والاعتماد على الفرصة، والمخاطرة، والرغبة فى النجاح .

(Clinard, M. & quinney, R. 1973. 239)

ومما سبق من تعريفات، يرى الباحث أن المقامرة هى كل خبرة معاشة يمكن أن تنطوى على مضمون ذو ربح أو خسارة من خلال أى من عوامل المخاطرة والصدفة والحظ والمهارة، لذا فهى ترتبط بطابع النشاط الهادف الذى يراود من وراءه تحقيق غاية. وقد تكون المقامرة ذاتها غاية .

والمقامرة، وخاصة المقامرة المرضية «بنية» تتميز بالطابع الكلى الدينامى من حيث أنها لا تنشأ من عوامل خارجية متراكمة، بل إن لها صلة أيضا بالعوامل النفسية الداخلية، ولا يتحدد شكل المقامرة بالإرتباط بين ما هو خارجى وداخلى، ولكن بشكل وصورة هذا الإرتباط، أى بطبيعة النسق والنظام، فإذا كانت العوامل النفسية الذاتية تدفع الفرد للمقامرة من أجل التسلية والترجيع وتوفرت لذلك عوامل خارجية اجتماعية، أصبحت المقامرة اجتماعية ويمكن أن نصنفها ضمن المستوى الأول من المقامرة (Level-1)، أما وأن كانت العوامل الذاتية فى تفاعلها مع النسق الخارجى ترغم الفرد وتقهره على ممارسة المقامرة رغم المكسب أو الخسارة، أمكننا أن نصنفها ضمن المستوى الثانى (Level-2) من المقامرة، وهى المقامرة المرضية، pathological gambling

فشكل وطبيعة الإرتباطات فى النسق المكون للمقامرة هو ما يحدد نوعها والمستوى الذى ننتمى إليه، وهذا ما يجعلنا نصنف المقامرة ضمن ثلاثة مستويات تتراوح ما بين التسلية والترفية لتصل إلى المرض وضرورة العلاج .

وإذا كانت المقامرة ذات طابع كلى دينامى تتفاعل فيها عوامل ذاتية وأخرى موضوعية فإن ذلك يفرض عليها طابع التغير والاببدال داخل النسق الخاص بها، سواء فيما هو ذاتى أو

موضوعى، وذلك للحفاظ على النوازن الدينامى لها، فلا يمكن أن نجد المقامرة فى حالة سكون مطلق، بل هناك تنوع موضوعى يتضح فى كثرة وتنوع ألعابها والحيل الخاصة بها، كما أن هناك تنوع ذاتى هو ما تحدثت عنه نظرية القلب Reversal theory، حيث الانتقال من حالة الهدف Telic إلى حالة محاذاة الهدف Paratelic أو العكس، أى الانتقال من حالة المقامرة بهدف الحصول على المال إلى حالة الرغبة فى المقامرة بحثاً عن المخاطرة والإثارة، فالاختلاف والتغير والتنوع هو ما يساعد على التوازن داخل نسق المقامرة، وما يساعد على توازن المقامرة، أن هذا الاختلاف والتنوع لا يحمل طابع العشوائية، وإنما هو تنوع منظم يسير على طريقة مرسومة وفق قواعد معينة هى قانون «الكل» .

وإذا كان بعض الباحثين ينظر لسلوك المقامرة على أنه هروب من المشكلات، فإن المقامرة نفسها تتضمن الكثير من المشكلات التى لا تقف عند حدود هذا السلوك، بل تتعداه لتصل لكافة جنبات حياة المقامر، فنجد المقامر وقد أصابته المشاكل مع أصدقائه وأسرته وكل من يحيط به، وكأن مرضاً أصاب الدنيا بأسرها، والطبيعى فى مثل هذه الظروف أن يتبعد المقامر عن المقامرة، لكنه يزايد إفراطاً فى هذا السلوك، مما يجعلنا نصف سلوك المقامرة بالمرضى «Pohtology، لذا يرى البعض أن دراسة المقامرة تتطلب الخوض فى الكثير من الأمور المرضية البيولوجية، حتى نتمكن من تحديد المشكلة وأسبابها وطرق علاجها. (jacki, F. et, al. 1999, p. 11) . لكننا نوضح أن المقامرة المرضية بعيدة كل البعد عن الجانب الجسمى البيولوجى، فالظاهرة نفسية، تتداخل فيها عوامل ذاتية وأخرى موضوعية فى دائرة محكمة من الصراع. وليس معنى أننا نصف المقامرة بالمرضية «أنها ذات أصول بيولوجية جسمية، فكل شئ يمرض على طريقة، سواء كان جسم أو سلوك أو أسرة، أو جماعة أو مجتمع. فعندما تنحرف أى من هذه البنيات، فإننا نصفها بالمرض، والواضح أن المقامرة تصيب كل هذه البنىويات بالمرض، فتجد المقامرة تصيب السلوك بالمرض فينحرف عن المعيار الذاتى والموضوعى، ويصل فى بعض الأحيان لأن يصبح سلوكاً مضاداً للمجتمع متمثلاً فى الجرائم بأنواعها وأشكالها المتعددة، والمقامرة تصيب الأسرة أيضاً بالمرض، فما من مقامر إلا وتعانى أسرته من التصدع الأسرى وإضطراب فى العلاقة، سواء مع الزوجة أو الأبناء، كما أن

المقامرة تهدد كيان الجماعة والمجتمع، خاصة إذا كانت الجماعة ترفض سلوك المقامرة، فنجد المقامر وكأن ليس لديه أطراف إتصال بالمحيطين به، الأكثر من ذلك أن بعض الباحثين يرى أن المقامرة تؤثر على النواحي الجسمية من حيث إرتفاع مستوى الاثارة والاندفاعية من خلال توتر فى الجهاز العصبى (Hollander, E. et, al. 1992. p. 710) وليس معنى ذلك أن للظاهرة جانب جسمى، ولكن المقامرة تثير جوانب سيكولوجية تؤثر على بعض جوانب السلوك الجسمى كالإثارة والاندفاع واضطراب الجهاز العصبى. وإذا كان هذا حال المقامرة فكيف لا نصفها بالمرض ونحن نضعها ضمن أمراض المجتمع والشذوذ والانحراف .

(Clinard, M & quinney, R. 973, p. 78)

وفى هذا الصدد يوضح «زيور» :

« إننا نرى الفرد وكأنه فقد صوابه، فلا هو على بيئة مبق، ولا هو لمستقبل عياله مذكر، كل هذا لأن الموائد الخضر قد بهرتة، وكأنه مجذوب إليها بسحر ساحر».

(مصطفى زيور، ١٩٨٦، ٢٢٨).

والمقامرة عندما تصل لدرجة المرض، تصبح إدماناً، لذا نجد البعض يطلقون مطلق إدمان المقامرة . gambling addiction لدى المقامرين المفرطين فى المقامرة، وإن كان البعض يرفض أن تكون المقامرة إدمان، وذلك على إعتبار أن الإدمان يكون لعقار معين، أما المقامرة المرضية ما هى إلا سلوك، وأن كان كلاهما يشبة الآخر، فانها كالسكر والملح يشبهان بعضهما البعض فى المحتوى الظاهر فقط، أما المحتوى الكامن فمختلف تماماً. (Walker, M.) 18 p. 1995) لكن الباحث يرى أن ما يصف المقامرة بالطابع المرضى هو إدمان المراهنة. فالإدمان لا يقف فقط عند تناول عقار معين، وإنما قد يكون إدمان لسلوك، فهناك علاقة قوية بين الإدمان والمقامرة، حتى أن المقامرة تفسر فى بعض الأحيان فى ضوء النظرية العامة للإدمان، مما جعل الجمعية الأمريكية للطب النفسى تقارن بين المقامرة المرضية والاعتماد على المخدر. (The WAGER. 1995, p. 1). فالمقامرة إدمان دون وجود مخدر .

ويرى كوهين» أن المقامرین مثل المدمنين لا يمكنهم الإمتناع عن سلوك المقامرة من تلقاء أنفسهم، إذ لابد من العلاج . (Cohen, D. 1990, p. 89) ويشير بعض الباحثين إلى أن المقامرة المرضية ليست إدمان فقط بل إنها تساعد على إدمان سلوكيات أخرى، فالأفراط فى المقامرة يؤدى للأفراط فى تناول الكحوليات والمخدرات .

(Westphal, j. et, al. 1998, p. 1038)

وما يوضح أن المقامرة المرضية إدمان، الطابع التكرارى والقهرى التى تتميز به، مما جعل البعض يشير للمقامرة المرضية، بإصطلاح «المقامرة القهرية»-Compulsive gam-bling، فالمقامر المرضى لا يستطيع التحكم فى الإمتناع عن المقامرة، إذ أنها فى نظرة الحل الوحيد والسحرى لكل مشاكلة، كما أنها تساعد وقتياً على التخلص من الضغوط النفسية، ونجعة دائماً فى حالة أمل، وأن ثروة كبيرة ستأتية وبدون حساب، وفى ذات اللحظة تحل جميع المشكلات، فقلة المال، وعدم الإحساس بالمكانة، والهيبة، ونقص تقدير الذات، والشعور بالملل، والفشل واليأس والهزيمة، كل ذلك يمكن أن يوجد له الحل المناسب بجلسة واحدة على مائدة خضراء^{١١} ويصبح المقامر مرضياً أو قهرياً عند زيادة مرات الخسارة، مما يدفعه للتعويض، بجانب الإعتقاد الوهمى بقدرة المقامرة على تحقيق الأهداف بسهولة، ونظراً لأن أهداف المقامر وطموحاته لا تنتهى، فإن المقامرة لديه أيضاً لا تنتهى، فبرغم المكسب والخسارة، هناك دائماً حالة من الاتصال لا الانفصال بين المقامر والمقامرة . (Ronald, j. 1998, p.1)

وفى ضوء ذلك يرى «زيور» أن المقامر لا تتثنى الخسارة عن معاودة اللعب، وذلك إيماناً، منه أن الحظ سيواتية دون أن يكون هناك دليل من المنطق على ذلك، وهناك حالة لناطقة يدعى «ديستوفسكى» كان يدمن لعب القمار وكان لا يفتأ يؤكد لزوجته أن الحظ لابد أن يبتسم له يوماً فيفوز بثروة عظيمة، وقد تبين أثناء التحليل أن ما يسمية الحظ لم يكن إلا رمزاً يخفى وراء شخصية والده، فقد دله والده تدليلاً عظيماً أثناء السنوات الأولى من عمره، فكان يلبي له كل مطلب ثم حرمة فجأة، مما كان يؤثر به وفرض عليه أساليب من السلوك قيسست عليه، واتسمت حياته بعد ذلك بسمة ظهرت على غيرها من السمات، فكانت تصرفاته كلها تتم عن ثقة فى أنه يستحق تعويضاً، فكأنه فى إرتياد أندية القمار، وإيمانه بأنه لابد أن يكسب، كان يعرب عن

يقينة بماله من حقوق أنكرها عليه والدته، ومن ثم فإنه يتوقع أن يرد إليه ما كان يتمتع به أثناء الطفولة، فيجاب له كل مطلب، وما عليه إلا أن يهز الزهر ويلقية أو يتحسس الورق حتى يأتية ما يريد (مصطفى زيور، ١٩٨٦، ٣٣٩-٣٤٠).

إن الوهم والمعتقدات الخاطئة والأمل في الربح بثروة عظيمة هي ما تجعل المقامر يتصف بالقهر في سلوك المقامرة، فهو يكرر الرهان على أمل الفوز بالثروة العظيمة التي لا يضع لها حدود، مما لا يجعل للمقامرة لدية حدود، ويطلق «جيبسون» على هذه الحالة «خداع المقامر» gambler's fallacy، والغريب أن هذه الحالة تزداد بعد كثرة مرات الخسارة، وهذا الإعتقاد لا يقتصر على المقامرين، بل على كثير من الأفراد، حيث يعتقد الفرد أنه بعد تعرضه للخسارة والألم، فإنه لابد أن يأتبه المكسب بأي شكل وأى طريقة، وكأن القدر أصبح مدان للفرد.

(Gibson, B. et al. 1997, p. 127)

إن المقامرين جميعاً يشتركون في هذا الوهم الغريب، فهم يؤمنون بالربح لأنهم راغبون فيه. وغنى عن البيان أن هذا الوهم المناقى للمنطق، مما يتصف به تفكير الطفل، فمبادرة الوالدين لاجابة مطالب الطفل عند أول إشارة بيديها، يلقي في روحة أن لارادته سلطاناً مطلقاً فيكفية أن يقول «كن» فيكون، مثله في ذلك مثل الرجل الهمجي الذي يظن أن في تعويذته قدرة لاحد لها، ولا يقلع الطفل عن وهمه في قدراته السحرية إلا عندما يصدم بالواقع، فيتعلم أن لرغباته شئ آخر يقتضى منه بدلاً للجهد ومعالجة الأمور بالدوية ويدرك في نفسة مرارة معنى المستحيل، ولكن بعض الناس لا يطبقون هذا التحول من التفكير السحري إلى التفكير الواقعي، ويضيقون بما يفرض عليهم من النواحي، فيظلون طوال حياتهم ساخطين على معانى العقل والمنطق والواقع ويتنبئون باستعادة ما كان لهم من سلطان الإرادة والمنطق، ومن الجلى أن موائد القمار تهيو لهذا النفر من الناس فرصة نادرة يعلنون فيها عصيانهم على المنطق، ويقيمون فيها الدليل على سخافة العقل، فهاهي أمور قائمة لا ينظمها أى منطق، ها هو نفر بكسب، ونفر يخسر وفقاً لورق لا عقل له ولا منطق، إنه أسلوب يتحدى الواقع، يرجع بالمقامر إلى دنيا الطفولة فينفض عن نفسه قواعد التربية المنطقية ويعود ساحراً، ويكفية أن يتحسس

ورق اللعب حتى يأتية ما يريد، إنه كالطفل المشاكس لسلطة والدية، المتشبه بالملذات. وهذا ما يجعل المقامر المرضى فهرط فى سلوكه (مصطفى زيور، ١٩٨٦، ٣٤٠) .

وإذا كانت المقامرة المرضية تتميز بالطابع القهرى Compulsive، إلا أنها لا تشبه عصاب الوسواس القهرى Compulsive neurosis، فالقهر سلوك لا إرادى ناتج عن التوتر الأنا ويحدث خارج حدودها وطاقاتها، ويدرك المريض الافكار القهرية على أنها سخيفة، ومع ذلك لا يستطيع مقاومتها والتخلى عنها، ورغم سخافتها إلا أنها تؤدى لكف القلق والتوتر، ولكن دون أن تصل لحالة الإشباع واللذة، أما المقامرة المرضية Pathological gambling فهي فعل إرادى يتميز بالطابع التكرارى Repetitive وليس القهرى المرضى، ويهدف هذا الطابع التكرارى لخفض القلق والتوتر الذى تشعر به الأنا والوصول لحالة من الإشباع، وفوق ذلك يدرك المقامر المرضى أهمية أفكاره، وكيف أنها العصا السحرية لكل مشاكلة. إذن، القهر فى المقامرة يختلف عن القهر فى عصاب الوسواس القهرى، وهذا ما جعل كثير من الباحثين ينتقلون من مصطلح المقامرة القهرية Compulsive gambling إلى مصطلح المقامرة المرضية Pathological gambling.

سلوك المخاطرة لدى المقامرین

إن المقامرة ليست مجموعة من القواعد الشكلية التي تفرض نفسها على سلوك الفرد، بل هي صراعاً حياً ومخاطرة ومجازفة عبر الكثير من العوائق في سلسلة ديناميكية من الخبرات الملتهبة بالتردد والتعثّر والتحسر وعدم الثقة في النجاح .

فحياة المقامر حياة مخاطرة، قد يتعثّر فيها، لكنه لا يتوقف، وربما يتلاشى الأمل لديه، لكنه لا يموت، وأحياناً يختفى الخوف لديه، لكنه لا ينطفئ، وبين هذا وذاك نجده يحاول الهرب من المخاطرة، لكنه دوماً يعود إليها، وذلك على الرغم من أنها لا تستولى على أمواله فقط، بل تأخذة هو وأمواله .

فالمقامر، وخاصة المقامر المرضى- في سعي دائم مستمر وراء المخاطرة، فلا تجذبة المخاطرة ولا تساعد على الانزلاق فيها، وإنما هو نفسه الذي يسعى وراء ذلك .. فالمصيدة لا تطارد الفأر. وإذا كانت المخاطرة قرار مجنون، فإن المقامر يحاول أن يضفي عليها صفة العقل، ذلك لأنه بحب اللعب والخطر، ويحب الذي يخيفه حتى يحتمى به، فهو يخاطر لأن الشيء الوحيد الذي يخاف منه هو الخوف، فإذا كان الخوف من المخاطرة يبعد الفرد عن ممارسة المقامرة، فإن المقامر يرى أن المخاطرة تباعد بين الفرد وبين الشعور بالخوف .

وإذا كان الإنسان يجتهد من أجل البحث عن الراحة، فإن المقامر لا يهدأ إلا بالبحث عن المتاعب والبحث عن المخاطر، وكأنما يحاول أن يعكس القضية فيجد مشكلة لكل حل ! فبرغم التوتر والقلق الذي يعانيه أثناء اللعب والراحة التي يفقدها، إلا أنه يرى أنه كسب الشجاعة وحب المخاطرة وأصبح أجراً على الفعل.. ولكن بجنون لا بغباء . فبالمال اخترع المقامرة، وبها اخترع المخاطرة ليضمن لنفسه البقاء، فهو يرى أنه إذا كان للقط سبع أرواح، فإن للمقامر أرواح سبع قطع .

وفيما ينصل بمفهوم سلوك المخاطرة Risk-taking، فهو مفهوم حديث نسبياً، بدأ الإهتمام به من جانب علماء النفس، تحديداً عام ١٩٥٠، لكن البداية العلمية الحقيقية كانت في الفترة ما بين عام ١٩٧٠ : ١٩٨٠ (Lola, L. 1993, p.1) .

ولكى نحدد معنى سلوك المخاطرة لابد أن ندرج فى مضمونة أنماط الخسارة ودرجة الخطر، ورد فعل المخاطر نفسه، كما يجب النظر لسلوك المخاطرة من جوانبة الإيجابية والسلبية، حيث أنه سلوك لا يشمل على الجانب السلبي فقط، بل قد يكون أحد سلوكيات حل الضغوط Coping behavior . (Edward, R. 1993, p.9). كما يجب أيضاً عندما نريد تحديد هذا المفهوم أن نتناوله من جوانبة المتعددة، من حيث الجوانب المعرفية للسلوك وكذلك الانفعالية والنفسية والاجتماعية . (Wilcox, B. 1993. p. 4) .

وترى غالبية الدراسات الحديثة والاتجاهات المعاصرة التى تهتم بسلوك المخاطرة- ترى أنه مفهوم يشمل الوجود الكلى. Ubiquitous وذلك لأن المخاطرة توجد فى شتى جوانب المعرفة، سواء فى الاقتصاد أو القانون أو الإدارة أو العلوم البيئية، بل وفى التكنولوجيا والطب والفلسفة والاجتماع وعلم النفس، وإذا كان الفضل يرجع لعلم النفس فى ظهور هذا المفهوم، فليس معنى ذلك أن دراسة قاصرة عليه فقط، بل تتناولها كل العلوم .

(Bell, N. & Bell, R.1993, p.1)

وإستخدام الباحثون فى سلوك المخاطرة مصطلحات كثيرة للتعبير عنها، مثل السلوكيات الاندفاعية impulsive behavior، والبحث عن الإثارة sensation-seeking، وعدم الكف السلوكي behavioral disinhibition وكلها مصطلحات تشير لعدم القدرة عن كف الدفعة السلوكية، والتى تعبر عن سلوك المخاطرة، مما نجده بوضوح فى المقامرة المرضية . (Edward, R. 1993, p. 33)

وفى ضوء ذلك يمكن أن نعرف سلوك المخاطرة كما يلى :

١- تعريف بيل وبيل

سلوك المخاطرة هو ذلك السلوك الذى يضع الأفراد موضع الخطر ويعرض حياتهم للتهديد، وهو أحد جوانب السلوك الناتجة عن الاختلال الوظيفي والتى ترتبط بالفناء والسقم والاعتلال Mortalities and Morbidty، ليشمل بذلك قطاعات من السلوك يتجنبها كثير من الناس، وذلك بهدف الحصول على مكافأة (Bell, N. & Bell, R. 1993. p. 1) .

٢- تعريف إروين :

هو سلوك إرادى محدد، ونتائج إيجابية غير محددة، أما النتائج السلبية له يمكن تحديد جانب كبير منها، وهو سلوك مرتبط بالفناء والمرضية ويشترك فيه بعض الأفراد الذين ليس لهم خبرة بعواقب الأمور والنتائج السلبية الضارة، أملاً فى الربح بشئ كبير .

(Irwin, C. 1993, p. 5)

٣- تعريف جاردنر :

سلوك المخاطرة إستجابة عقلانية لشئ غير مؤكد يحدث مستقبلاً .

(Gardner R, W. 1993, p. 13)

٤- تعريف لاينج :

هو فعل عقلانى يحقق به الفرد حاجاته الأساسية، سواء كانت جنس أو مال أو حاجات إجتماعية، تلك الحاجات التى يصعب تحقيقها من خلال الأساليب السوية العادية، وبجانب أنه فعل عقلانى فقد يحتوى على دفعات غير عقلانية ترتبط باضطرابات خاصة فى الشخصية، كما ترتبط أيضاً ببعض الجوانب النفسية المرضية، وما يطلبه الفرد من خلال هذا السلوك، الإثارة والتنبية والتحكم فى موضوعات البيئة .

وهو سلوك يشمل عملية التفاوض مع الخطوط الفاصلة بين الحياة والموت، شعورياً أو لاشعورياً، بجنون أو بشئ من العقل، وبأى طريقة سواء كانت مرضية أو سوية، وبذلك يتطابق سلوك المخاطرة لحد كبير مع السلوك الإجرامى. (Lyng, S. 1993. p. 2)

٥- تعريف كامبل :

هو تعرض الفرد للخطر أو المجازفة أو فقدان والجرح، وذلك بكمية من الإثارة المؤلمة المحتملة الناتجة عن المواقف الخطرة. وينطبق سلوك المخاطرة أيضاً على الأطفال عندما يكون لديهم بعض من الصعوبات الانفعالية أو الاضطرابات النفسية .

(Campbell, R. 1989. p. 642)

٦ - تعريف ريبر:

سلوك المخاطرة هو أحد أبعاد الشخصية الذى يرغب الفرد من خلاله الأتيان بأنفعال تحتوى على درجة ذات دلالة من الخطورة (Reber, A. 1987, p. 649).

٧ - تعريف بيركويتر:

سلوك المخاطرة هو إختيار المواقف الضاغطة والاستجابة لها إستجابة إرادية ذات سلوك عدوانى . (Berkowitz, L. 1983, p. 1135)

٨ - تعريف زوكرمان:

سلوك المخاطرة هو حاجة الفرد إلى التغيير والتطلع للأشياء غير المألوفة وكذلك الخبرات والاحساسات المعقدة، والرغبة فى أداء المخاطر الجسمية والاجتماعية، لا لئى شئ سوى الشعور بهذه الخبرة. (Zuckerman, M. 1979 p. 10)

٩ - تعريف فيشبين وآزن:

سلوك المخاطرة هو أحد أبعاد الشخصية التى ترتبط بالحاجة للتحصيل والتغيير والسبطرة، وهو ما يحدد معتقدات الشخص ذاته .

(Fishbein, M. & Ajzen, i. 1975, p. 5)

١٠ - تعريف فامرس إكسفورد:

سلوك المخاطرة هو وضع الفرد فى حالة خطر بحيث يتيح لنفسه فرصة مواجهة أخطار معينة قد يعانى فيها من فقدان والجرح .

(Oxford english dictionary 1975, 797)

ومن خلال هذه التعريفات يتضح لنا أن سلوك المخاطرة يُستخدم بمعنيين :-

معنى بسيط: يرى أن سلوك المخاطرة هو وضع الفرد فى حالة خطرة .

معنى مركب : يرى أن سلوك المخاطرة له أهمية ودلالة في كافة السلوكيات التي تهدد حياة الشخص وأنه يعبر عن الاختلال الوظيفي للسلوك .

لذا يرى بيل وبيل أننا إذا إستخدمنا مفهوم سلوك المخاطرة بمعناه الشامل المعقد، فسوف نضع أيدينا وعلى كثير من الاختلالات الوظيفية للسلوك .

(Bell, N. & Bell, R. 1993, p.1)

لذا نهتم الدراسة الحالية بسلوك المخاطرة بوصفة مفهوم مركب يعبر عن إختلال وظيفي في السلوك، ولكن ليس بالضرورة أن يكون هذا الاختلال سلبياً، فقد يكون تعبيراً عن الاختلاف لا الاختلال وعن الايجابية الخلاقة لا السلبية الهدامة. وهو ما ينطبق مع ما يعرف باشتهاء المثير Adient motivation drive .

ومن خلال فهمنا لسلوك المخاطرة بهذا الشكل، نستطيع أن نفهم السلوكيات المدمرة للذات والمجتمع والتي من أهمها سلوك المقامرة والجنس والاعتماد على المخدر والجريمة وإنحراف الأحداث، تلك التي تعتبر جميعها مقدمة لسلوك المخاطرة. لذا لا يعبر سلوك المخاطرة عن سمة أو خاصية، بقدر ما يعبر عن منهجاً جديداً وطريقة للتعرف على سلوكيات الأفراد، وإجابة متعمقة لبعض القضايا السيكلوجية التي طالما حاول علماء النفس أن يوضحوها، مثل السلوك التوافقي. فسلوك المخاطرة له جانبين: إيجابي وسلبى، وليس كما يظن بعض الباحثين أمثال درايفوس Dryfoos، أن سلوك المخاطرة يدخل ضمن أعراض السلوك المشكل Problem behavior syndrome . (Dryfoos, j. 1993, p.7)

فدائماً ما تكون النظرة سلبية لسلوك المخاطرة، وذلك لارتباطه بسلوك المقامرة، فلم تزدهر أبحاث المخاطرة إلا عندما جعلت من المقامرة موضوعاً لها، والعكس صحيح أيضاً، فلم تزدهر أبحاث سلوك المقامرة إلا في علاقتها بسلوك المخاطرة. وما يدل على ذلك أن مفهوم سلوك المخاطرة لم يلقى كل هذا الإهتمام إبان أن كان يأخذ من الجنس والجريمة وإنحراف الأحداث موضوعات له . (Lola, L. 1993. 23)

ويرى الباحث أن هناك علاقة قوية بين سلوك المخاطرة وسلوك المقامرة، ويبدو ذلك فى استخدام اللفظين - (يقامر، يخاطر) - فى اللغة العربية، حيث تستعمل هاتين اللفظين بمعنى واحد، وكأن المقامرة والمخاطرة وجهين لشيء واحد. حتى أن سلوك المخاطرة والمقامرة يتشابهان فى تعدد وتنوع أنماطهم . فبالنسبة لسلوك المقامرة يتنوع فيما يلى :

١- الألعاب التى تعتمد على الصدفة والحظ مثل الروليت Roulette والبينجو Bingo واللوٲو Lotto والبلاكجاك Blackjack.

٢- الألعاب التى تجمع بين الصدفة والحظ والمهارة والخبرة وهى ألعاب الورق مثل البوكر Poker والبريدج Bridge وسباق الخيل Horse Racing، والماكينة الشقبيية Slot machine.

أما فيما يتصل بسلوك المخاطرة، فأشكاله كثيرة ومتنوعة نجدها فى عدة أنماط تشمل ما يلى :

١- البحث عن الإثارة: Sensation-seeking، وذلك مثل تسلق الجبال وسباق السيارات والتحليق فى السماء Skydiving .

٢- السلوكيات الاندفاعية: impulsive behavior: وذلك مثل النشاط الجنسى وإدمان الكحوليات والاعتماد على المخدر، وإنحراف الأحداث والقتل .

٣- عدم الكف السلوكى : behavioral disinhibition. مثل المقامرة المرضية .

وإذا كانت المقامرة والمخاطرة متشابهين من حيث الشكل أو المضمون، فأنهما يختلفان من حيث أن سلوك المخاطرة قد يحدث بشكل فردى، أما سلوك المقامرة لابد أن يحدث فى وجود آخر، لذا يرى إدوارد أن المقامرة هى الشكل الحقيقى للمخاطرة لأنها تشمل على بُعدى: الخسارة والآخر . (Edward, R. 1993, p. 4)

وترى نظرية إتخاذ القرار decision making theory أن سلوك المخاطرة نوع من الاحتمالات لنتائج واضحة نسبياً، ويقدر هذا الوضع بقدر ما يكون إغراء المخاطرة، شريطة أن يتخذ الفرد قراراً فى اتجاه معين . (wilcox, B. 1993, p.3)

ويرى الباحث أن المخاطرة في المقامرة تختلف تماماً. فالمخاطرة بإتخاذ قرار في الحياة اليومية تختلف عن تلك التي تحدث على الموائد الخضراء، فالنتائج هنا غير واضحة تماماً بجانب أن إتخاذ قرار المخاطرة يكون له متعة وإثارة ينشدها المقامر، بل إنه يمارس المقامرة أحياناً من أجلها . أما المخاطرة في الحياة اليومية تمثل نوع من الضغوط والضيق والتوتر الخالي من المتعة والإثارة .

لذا نجد ويلسون يقول: "إذا قبلت أن تخاطر فلا بد عليك أن ترى جميع الاحتمالات في الأشياء والأحداث غير المؤكدة نتائجها، أما حينما تقبل أن تكون مقامراً، فلا بد أن تكون مخاطراً حتى تعطيك المخاطرة القدرة على إدراك جميع الاحتمالات للنتائج.

(Wilson, M. & Daly, M. 1993, p. 13)

وترى نظرية الاختيار العقلاني في تفسيرها لسلوك المخاطرة، أن الفرد يتخذ لنفسه سلوكاً هادفاً لتحقيق رغباته، سواء كانت هذه الرغبات بيولوجية أو إقتصادية أو نفسية أو إجتماعية، وفي بعض الأحيان يصعب تحقيق هذه الرغبات، حيث تقف البيئة عائقاً أمام تلبية تلك الرغبات، هذا بالإضافة إلى أن تحقيق تلك الرغبات تتطلب مزيد من المخاطرة، فكلما ارتفعت معدلات المخاطرة لدى الفرد كلما كانت الحاجة لتحقيق الرغبة قوية .

(Gardner, W. 1993, p. 5)

ويرى الباحث أن الفرد عندما يوضع بين الرغبة والمخاطرة، كمن يوضع بين سقى رحي، أو بين المطرقة والسندان، فاما أن يتنازل عن رغبته ويعفى نفسه من قلق المخاطرة، فيشعر بالاحباط، أو أن يواجه رغبته بما يحيط بها من صراع ومخاطرة، فتكون النتيجة، إما الظفر بالنصر أو الخسارة الفادحة لعدم تحقيق الرغبة من ناحية، والشعور بالاحباط من ناحية أخرى .

ويتضح من ذلك أن سلوك المخاطرة أحد دوافع السلوك التي تتمثل في الحاجة إلى الإنجاز، مما يعنى أن ليس كل ما في المخاطرة سلبياً بل إن لها جوانبها الإيجابية أيضاً .

وإذا كانت هذه هى طبيعة المخاطرة لدى الفرد العادى، فإن الوضع يختلف مع المقامر المرضى، فإذا كانت لدى الفرد العادى وسيلة لتحقيق غاية فإنها لدى المقامر المرضى وسيلة وغاية فى أن واحد، وقد تكون فى أحيان كثيرة غاية فى حد ذاتها، فنجد المقامر يخاطر من أجل المخاطرة والبحث عن الإثارة .

وإذا كان الفرد العادى يخاطر عندما يُعهد إليه ببعض المسئوليات التى تتطلب قراراً معين، (Susan, G. 1993, p. 5) فإن المقامر يخاطر من أجل المخاطرة وحيث لا يكون منوط بتحمل أى مسئولية، لذا يرى كثير من العلماء فى إجابتهم على السؤال التقليدى: لماذا يقامر الناس؟ أنه من أجل المخاطرة والإثارة التى ترضى فضول المقامر. فقد أوضحت العديد من الدراسات أن هناك علاقة قوية بين سلوك المخاطرة والمقامرة المرضية، وأن هذه العلاقة لا تقف فقط عند حدود العوامل النفسية والاجتماعية، بل تشمل عوامل بيولوجية وعصبية أيضاً . (Walker, M. 1995, p. 140). فسلوك المخاطرة يؤدي للإثارة التى تعمل بدورها على إحداث تغيرات جسمية تتمثل فى إرتفاع فى ضغط الدم، وهذا ما يفسر لنا رعشات النشوة لدى المقامر أثناء الفوز، وقد أوضح الدليل التشخيصى الإحصائى الرابع أن معظم المقامرين يمارسون المقامرة بحثاً عن الإثارة والتشويق والخطر أكثر من بحثهم عن المال، كذلك كثرة المقامرة قد ترجع إلى أن المقامر يريد قدراً معيناً من الإثارة لم يصل إليه بعد، وفى سبيل ذلك يخسر كل ما يملك ومع ذلك لا يتوقف، ورغم تكرار محاولات وأساليب المقامر فإنه لا يشعر بالملل منها، ذلك لأنه لا يقامر من أجل المال أو التعويض فحسب بل من أجل مستوى معين من الإثارة، بتحقيق عن طريق الإنخراط فى سلوكيات خطيرة .

(American psychiatric Association. 1994)

وما يدعم سلوك المخاطرة لدى المقامر المرضى الخبرة الانفعالية التى يمر بها بعد المقامرة، حيث يتخلص من الشعور بالملل ويشعر بالانجاز أياً كانت النتيجة، مكسباً أو خسارة. وقد يكون المال أحد المدعمات الأساسية لسلوك المخاطرة إذا كانت العوامل الاجتماعية والطموح الشخصى والرغبة فى المال، تلعب دوراً هاماً فى حياة المقامر .

ويرى زوكرمان فى نظرية البحث عن الإثارة Sensation- Seeking theory أن المقامر المرضى يستمتع بالمخاطرة أمواله، وبحالة عدم التأكد من النتائج تلك الحالة التى تبعث فى نفسة الشعور بالإثارة والتشويق، وكلما كانت المثيرات فى المقامرة أكثر تنوعاً وتعقيداً، كلما كانت أكثر متعة للمقامر المرضى، ولا يهم النتيجة، المهم الحصول على قدر معين من الإثارة. ويرى زوكرمان أن المقامر المرضى لديه نسبة عالية من المخاطرة عن المقامر العادى وكذلك عن غير المقامرين، ومن خلال ذلك يجيب زوكرمان على السؤال القائل :

هل المقامرة هى التى تؤدى إلى سلوك المخاطرة، أم أن المخاطرة هى التى تؤدى لسلوك المقامرة ؟؟ أى هل المقامرة سبب أم نتيجة؟ يوضح زوكرمان أن المخاطرة هى التى تؤدى للمقامرة، أى أنها السبب وليست النتيجة (Zuckerman, M. 1979, p.12).

لكن سلوك المخاطرة والمقامرة متداخلان لدرجة كبيرة، بحيث يصعب تحديد ما إذا كانت المخاطرة هى السبب أم النتيجة للمقامرة، فالمخاطرة قد تجعل الفرد مقامراً، ولكن المقامرة أيضاً قد تغير من سلوكيات الفرد، فيتحول من حالة المخاطرة إلى حالة اللامخاطرة، فقد تؤدى المخاطرة الكبيرة للمقامر لحالة من الاكتئاب؛ مما يغير من الحالة المزاجية الإيجابية التى كان يشعر بها أثناء المخاطرة، إلى حالة الانسحاب، ويجب أن نشير إلى أن هذا التغير يحدث لكل مستويات المقامرة باستثناء المقامرة المرضية التى تكون المخاطرة فيها غاية فى حد ذاتها ولا يغيرها شئ. (National Academy Press. 1999, p.p.16-18).

ويرى (وكر) أن علاقة سلوك المخاطرة بالمقامرة، هى علاقة تشبه علاقة المنحنى الاعتدالى، بحيث نجد أن غير المقامرين ومتوسطى المقامرة تكون لديهم نسبة بسيطة من المخاطرة، أما المفرطين فى المقامرة heavy gambler تكون لديهم نسبة عالية من المخاطرة، فعلى قدر المقامرة تكون المخاطرة (Walker, M. 1995, p. 93-94).

وهنا يطرح سؤال، إذا كانت الإثارة والمخاطرة هى الدافع الاساسى للمقامرة المرضية، لماذا تكون هذه الإثارة وتلك المخاطرة، خبرة باعثة على اللذة لا الألم، مع أنها فى الاساس خبرة مؤلمة ؟ لماذا تخضع المخاطرة لمبدأ اللذة مع أنها تؤلم المقامر؟! والإجابة لدينا تتضح فى

أن المقامر مازوخى بطبعة، وما نراه مؤلماً يكون باعثاً على اللذة لديه، فالألم بالنسبة له يعمل بمثابة تكفير عن الشعور بالذنب .

ويرى بعض الباحثين أن الشعور باللذة للمخاطرة أثناء المقامرة تنبع لظهور حالتين مختلفتين هما : عدم التأكيد Uncertainty والتأكيد certainty وبين هاتين العمليتين يظهر عامل التشويق والإثارة والرغبة الملحة فى الانتقال من حالة عدم التأكيد إلى حالة التأكيد، أى الانتقال من الشك إلى اليقين، مما يجعل الإثارة نوع من اللذة وليس الألم .

ويظهر بين حالتى التأكيد وعدم التاكّد نوعين من التدعيم :

١- التدعيم الإيجابى : ويظهر فى حالة الفوز

٢- التدعيم السلبى : ويظهر فى حالة الخسارة. (Walker, M. 1995, p. 114).

ويرى (إسفندسين وجرايفن) أن الرغبة فى المخاطرة والإثارة تزداد أثناء المقامرة فى الحالات الآتية :

١- عندما يشعر الفرد بالوحدة والغضب والاكتئاب، أو يكون تحت تأثير الضغوط النفسية .

٢- عندما يريد المقامر أن يتوافق مع أحداث الحياة الضاغطة، كموت حبيب أو فقدانه .

٣- عندما يريد المقامر أن يتوافق مع بعض مشاكله بالهرب منها، خاصة إذا كانت مشاكل شخصية أو أسرية .

٤- عندما يريد تفريغ شحنة عدوانية على الآخرين .

ويرى إسفندسين أن المقامرة أحد أنواع المخاطرة، وقد لا نكون مجانين للصواب عندما نقول أن المقامرين ترتفع لديهم سلوكيات المخاطرة، وذلك لأن المقامرة هى شكل من أشكال المخاطرة. (Svendsen, R. & Griffin, T. 1999, p. 12).

ويرى (ستيجمور) Stegbouer أن سلوك المخاطرة يزداد إذا كانت المقامر قد وصلت لدرجة الإدمان، وأصبح المقامر من المستوى الثالث المرضى (Stegbauer, C. 1998).

79.p.) كما يوضح كاسنيوف Kassinoe، أن سلوك المخاطرة يزداد كلما كان المقامر ذو اتجاهات إيجابية نحو المقامرة . (Kasinove, G. 1998, p.763). ويحدد (درايفوس) بعض الخصائص العامة للأفراد المفرطين فى سلوك المخاطرة وهى :

انخفاض فى التحصيل وضعف فى المهارات الاجتماعية العامة، ونقص فى التدعيم الوالدى، وإنخفاض المقاومة والاكتمال والتوتر. (Dryfoos, J. 1993, p.7)

كما يرى كاتز أن سلوك المخاطرة يزداد لدى المقامرين الذين يتصفون بالعدوانية الشديدة وكثرة تناول الكحوليات . (Katz, E. & Damico, E, 1997, p. 14)

ولا يكفى لدراسة سلوك المخاطرة لدى المقامر أن نرى فقط الحالات التى يزداد فيها هذا السلوك، بل يجب أن نحدد خصائص المقامر ذو السلوك المنخفض من المخاطرة، ويساعد ذلك فى معرفة طبيعة المقامر، هل هو مقامر مرضى أم مقامر إجتماعى يقامر من أجل التسلية، ذلك لأن الأفراد فى سلوك المخاطرة من خصائص المقامر المرضى، وفى ضوء ذلك يرى سيفندسون وجرايفن أن خصائص المقامر الذى ينخفض لديه سلوك المخاطرة هى كما يلى :

١- يدرك أن جميع المقامرين يتعرضون للخسارة .

٢- يشترك فى أعمال إجتماعية ومع الأسرة والأصدقاء .

٣- يقامر لوقت محدد .

٤- يحدد مسبقاً القدر المقبول من الخسارة والذى على أثره يتوقف عن المقامرة .

٥- قرار المقامرة لديه يعتمد على الاختيار الشخصى .

٦- لا يقامر عندما يشعر أن الآخرين لا يقبلون ذلك .

٧- المقامرة لديه ليست عامل أساسى لقضاء وقت طيب .

٨- يتجنب اقتراض الأموال من الآخرين من أجل المقامرة .

(Svendsen, R. & Griffin, T. 1993)

خلاصة وتعليق

ليس الشر فى المقامرة، وإنما فيما تدفع إليه المقامرة، حيث يرى المقامر أنه ليس من شأن الجهد الإنسانى أن يكون مضمون النجاح منذ البداية، بل لابد لهذا الجهد أن يتم بالمخاطرة، ما دام جهداً حراً يقوم على الاختيار. وهنا تفرض المقامرة شعوراً غلباً لا يقهر، بأن المستقبل رهن بالذات وأن الواقع وحده لا يشبع فهم الارادة البشرية، لذا فهي تتطلب دائماً فكرة الغائية والجهد والألم والأمل والتفاؤل الشاذ المريض .

وكأن المخاطرة بالنسبة للمقامر، أصبحت مركز الحياة ومنبع السعادة والقيمة، وجواب على إشكال الوجود الإنسانى المضطرب . فإذا كان الإنسان العادى ينشد الأمان ويطلب الهدوء ويسعى للاستقرار، فإن الأمر يختلف لدى المقامر المرضى، حيث يكون الخلو من المخاطرة والمواقف المبالغتة بمثابة العالم الميت الذى لا معنى له، فهو دائماً على حافة الخطر، يقامر بحياته ويخاطر بها، ويواجه المجهول، ويعمل دائماً على تحقيق شئ لم يكن فى الحساب، باحثاً عن الشك وشتى ضروب القلق، لأنه إذ يخاطر يعلن عن نفسه وعن حريرة وتحديده للأقدار .

ولحد ما، فإن الانسان لا يولد مخاطراً وإنما يصبح كذلك عندما يقامر، فحياة المقامر نهب للصدفة والاتفاق وعرضة للفشل، دون أن يكون فى وسع أحد أن يتكهن بالنتائج، فحياة المقامر وسلوكياته حافلة بالمخاطر وما عليه إلا أن يعشق المخاطرة ويواجه الحاضر ويثق بالمستقبل فى أنه سيكون يوماً ما فى صالحة . والغريب لدى المقامر المرضى أنه يخاطر برغم أنه يصنف المقامرة تصنيفاً خاصاً، فهي من وجهة نظرة: مقامرة خطيرة ومقامرة خطيرة تخفى ضررها .

ولا أظن أن هناك مقامرة خطيرة وأخرى غير خطيرة، وإنما هناك مقامرين سريعى التأثير وآخرون لا يتمتعون بذلك، فدرجة المخاطرة تتوقف على المقامر وليس على المقامرة . لذلك يجب أن نحدد بدقة معنى المخاطرة وأن يشمل هذا التحديد درجة المخاطرة .

وفيما يتصل بتعريفات سلوك المخاطرة Risk-Taking، على الرغم من أنها تناولت أبعاداً هامة ومتنوعة، إلا أن التعريفات لم تكن جامعة مانعة، كما أن كل التعريفات تنظر للجانب السلبى فقط فى المخاطرة، دون التطرق للجانب الإيجابى، وبعض التعريفات مثل تعريف

«بيل وبيل» لم يحدد درجة الخطر فى الفعل، والذي من خلاله نصف الفعل بأنه مخاطرة ، كما ربط كامبل فى تعريفه بين سلوك المخاطرة والإثارة فقط، وأشار «ريبر» لنقطة هامة، وهى ضرورة أن نحدد درجة الخطورة فى الفعل، لكنه لم يحدد معيار هذه الدرجة . كذلك ربط «بيركويتز» بين المخاطرة والعدوانية، وأن المخاطرة تزداد بزيادة العدوانية، وأشار «زوكربان» إلى أن سلوك المخاطرة غاية فى حد ذاتة، كما أوضح «فيشبين وآزن» وبصورة مبالغ فيها أن المخاطرة عامل محورى تتحدد من خلاله أبعاد الشخصية .

ويرى الباحث أن تعريف «لاينج» أقرب كثيراً للتعريف الإجرائى للدراسة لسلوك المخاطرة، حيث اشتمل هذا التعريف على عدة عوامل يتضمنها سلوك المخاطرة: فهو فعل عقلانى، وفى بعض الأحيان يستخدم بطريقة غير عقلانية، كما أنه شعورى ولا شعورى ويهدف لتحقيق إحتياجات معينة بعضها إجتماعية والآخرى مادية تهدف لتحقيق ربح أو التحكم فى البيئة، بجانب الحاجة للإثارة، أى أن سلوك المخاطرة قد يكون غاية فى حد ذاته وليس وسيلة لتحقيق غاية.

ولكى نصف الفعل بالمخاطرة لا بد أن نحدد وجه الخطورة من خلال ما يلى :

١ - النتيجة السلبية للفعل ذات أثر كبير، سواء كان ذلك مادياً أو معنوياً.

٢ - صعوبة تعويض الخسارة فى فترة زمنية قصيرة.

٣ - تعويض الخسارة يتطلب مزيد من المخاطرة.

ويجب أن نشير إلى أن سلوك المخاطرة بصفة عامة يشمل على جانبين :

- جانب سلبي: عندما لا يرى الفرد جميع الاحتمالات الصحيحة فى الفعل، وعندما تكون المخاطرة غاية فى حد ذاتها، وهذا ما نجده لدى المقامر المرضى.

- جانب إيجابى : والذي يتمثل فى إحاطة الفرد بكل جوانب الفعل، وشتى إحتتمالاته، وعندما يكون سلوك المخاطرة مجرد وسيلة لغاية.

أما فيما يتصل بالمخاطرة فى المقامرة المرضية، فهى تشمل على الجانب السلبي لأن المقامر لا يستطيع الاحاطة بكل جوانب الفعل واللعبة، ويخطر من أجل المخاطرة، ظناً منه أن بإمكانه التحكم فى الظروف واخضاع اللعبة لأهوائه، وهذا ما يعرف لدى المقامر المرضى بوهم القدرة على التحكم illusion of control وهو ما يطابق وهم القدرة المطلقة لدى الطفل، فمن خلال هذا الوهم يظن المقامر أن بإمكانه التحكم فى الحظ والقدر وشتى ضروب المقامرة حتى الذى يعتمد فيها على الصدفة والعشوائية ولا يتضمن على أى نوع من المهارة الشخصية. وتصل درجة وهم القدرة على التحكم لاقصاها عندما يظن المقامر أنه يستطيع التحكم جسمانياً فى اللعبة، ويبدو ذلك بوضوح فى الألعاب التى تعتمد على زهر النرد، حيث يظن انه بحركة ما بأصابعه يستطيع الحصول على أى رقم! هنا يبدو لنا أن المقامر «واهم» ومشكلته ان الوهم لديه ثقيل جداً، وعقله أخف من أن يتحمل ذلك، لذا اصبح الوهم سعادة المقامر، تلك السعادة التى جعلته يظن أن لديه الحاسة السادسة.. وإن كان كذلك حقاً فقد فقد المقامر بقية الحواس الخمس!

إن المخاطرة لدى المقامر ترتبط ببعض العوامل المعرفية، وإتجاه المقامر من المخاطرة ذاتها، فبقدر ما يكون الاتجاه إيجابياً، بقدر ما تزداد المخاطرة، رغبة من المقامر فى تحطيم كل القيود والحدود، وتحدى القدر، والرغبة فى إحتواء المستقبل، فالمستقبل بالنسبة له يمثل نقطة تحدى، وهو لا يريد التفكير فيه لانه مبعث الشقاء ومصدر لكل الهموم، لذا يظن أنه بالمقامرة يستطيع الانتصار على الأقدار.

ورغم أن المقامرين يلعنون المقامرة، إلا أنهم يتمسكون بها، وذلك لأن الرغبة فى المخاطرة جعلتهم لا يعرفون إلا شراً واحداً «المقامرة» وخيراً واحداً «المخاطرة». وإذا نظرنا للرغبة فى المخاطرة لدى المقامر، نجدها تقلب موازين نظرية التوافق، فنحن نقول أن التوافق هو إزالة مثير وخفض للألم، لكن الأمر يختلف مع المقامر المرضى، فالتوافق لديه جلب للمثير واشتهاء للذة الاثارة والألم، فلا يكون التوافق النفسى بذلك هو الرضا بالواقع، بل التمرد على الواقع وإعادة صياغته فى دياكتيك يجمع بين النقيضين، فتصبح المخاطرة بذلك مطلباً، لا مهرباً، وهذا ما يعرف بلذة الاستثارة واشتهاء المثير.

ويذكر «مخيم» فى هذا الصدد أن الفرد يجد نفسه مدفوعاً معاً وفى نفس الوقت بالرغبة فى خفض وإزالة الاستثارة والرغبة فى توليد التوتر واشتهاء الاستثارة، وهناك أمثلة كثيرة تدل على أن الانسان يبحث دائماً عن لذة التوتر والاستثارة، فالصغار يعشقون أن يقذف بهم الكبار فى الهواء لأعلى، ثم يتلقفهم قبل هبوطهم، وايضاً ولع الناس بالروايات البوليسية التى تحبس أنفاسهم بين الحين والحين Suspense وكذلك التحمس عن طوعية لفريق من الفرق الرياضية، وما يتيح ذلك من توترات محمومة أثناء مشاهدة المباريات، كل ذلك يبعث على الاعتقاد بأن دعوة «نيتشه» للإنسان أن يعيش فى خطر وعلى حافة بركان انما تستند إلى دافع حيوى أساسى لدى كل فرد، يتناقض مع دافع المحافظة على الحياة خفضاً للتوترات وإزالة للاستثمارات، فكل شئ يبدو وكأن الفرد لا تكاد ترتفع به إستثارته حتى يعمل على خفضها، أو لا تكاد تنخفض به إستثارته حتى يعمل على توليدها من جديد وعلى رفعها، يذكرنا ذلك بتلك الغانية التى كانت لا تطيق أن ترى الكأس فارغة ولا أن تراها ملانة، كل ذلك يحتم علينا ان نضع موضوع الاعتبار والتمحيص المبادئ التفسيرية التى قال بها «فرويد» فلو كان مبدأ الثبات حتى فى صورة المتطورة «مبدأ اللذة ومبدأ الواقع» يجيب على المحافظة على الحياة خفضاً للتوتر وإزالة للاستثارة، فإن مبدأ إشتهاء المثير، مخاطرة بالحياة فى خدمة غرائز الموت، لا بد وأن يحتل المكان المقابل والذى يحتله اليوم وبدون مغفولية حقيقية مبدأ قهر التكرار .

(صلاح مخيم، ١٩٨٧، ١).

من هنا يتضح لنا أن السلوك لا يمكن ان يقف فقط عند خفض التوترات ، وكان مجرد شئ يعبأ بالتوترات فيعمل على خفضها ولا بد من الايجابية تحقيقاً للذات والامكانيات، فذلك صميم الانسان ما هو إنسان، ومن هنا تظهر أهمية المخاطرة بالحياة وإشتهاء الاستثارة والمواقف الجديدة «وهو ما يظهر بوضوح فى سلوك المقامر المرضى» . إن دياكتيك الحياة يظهر هنا بكل قوته بحيث يخطر الانسان بالحياة رغبة فى إثراء الحياة، بينما لا تبدو الديالكتيكية بكل هذا الوضوح فى خفض التوتر «مبدأ الثبات واللذة والواقع» فكل شئ يبدو وكأن الحياة إشتهاء للآثارة بأكثر منها خفض للتوتر، تماماً كما يحدث فى السلوك الجنسى، سواء كان عشقياً أو إنسالياً فهو ليس غير سلسلة من تصاعد لذة التوتر أو التوتر اللاذ، بينما

يقتصر خفض التوتر على اللحظة الختامية ليس غير، والتي لا يلبث أن يظهر فى إثرها سلوك جديد يمضى متصاعداً بلذة مليئة بالتوتر حتى يبلغ لحظته الختامية التى تشكل قمته وعدمه معاً.. وهذا كله يميل بنا إلى الاعتقاد فى أساسية مبدأ إشتهاء المثير وتبعية مبدأ «خفض التوتر» مما يقلب المنظور الفرويدى الشائع رأساً على عقب، فالاساس هو إشتهاء المثير الذى يتيح للحياة أن تتحرك إلى مواقف جديدة تنطوى على مخاضات مريرة ولا شك ، ولكنها تظل ابداً الرحم الابدى لميلاد كل جديد ولكل إبتكار ممكن، ومن ثم لكل تقدم وصيرورة، فالقضية لا تقف عند خفض التوتر لحد العدم، مما يعنى خفض المكتمل لتوتر الحياة، بينما تقوم غرائز الحياة على المعاناة والانشداد والاحتراق المضى بالتواترات والصراعات التى تعنى بالضرورة إشتهاء المثير والمواقف الجديدة (صلاح مخيمر، ١٩٦٩، ٤).

إشتهاء المثير Adient motivation drive إذن، سلوك يزيد من تعرض الكائن لمثير أو إستثارة بعينها، وذلك إما بالاقتراب من المثير أو بفعل يبقى على الاثارة وهذا ما يطلق عليه (بتلوردايس) حافز الجوع للاستثارة، والذى هو الاساس فى تحقيق الذات، ومن خلاله يتعرض الكائن أكثر وأكثر للاثارة ويشعر بلذة التوتر (صلاح مخيمر، ١٩٧٥، ٢٦).

من خلال ذلك نستطيع ان نفرق بين سلوك المخاطرة لدى المقامر المرضى وبين الانسان العادى، فالمخاطر العادى normal Risk-taker يخاطر من أجل هدف يعيد به صياغة الواقع طبقاً لرغباته، فالمخاطرة لديه وسيلة لتحقيق غاية، أما المخاطر المقامر يخاطر من أجل المخاطر، فتكون المخاطرة لديه غاية فى حد ذاتها، وإن كانت فى الحالات القليلة وسيلة لغاية.

كما أن المخاطر العادى يخاطر من أجل إزالة التوتر وخفض حدة الاستثارة، وفى بعض الاحيان قد يخاطر من أجل متعة الاثارة، إلا أن المقامر المرضى يخاطر من أجل لذة الالم والتوتر وإشتهاء المثير.

المخاطر العادى يخاطر بشئ من العقل، وذلك بعد أن يحيط بكل الظروف التى تشمل فعل المخاطرة نفسه، اما المقامر المرضى يخاطر بجنون واندفاعية وأحياناً بشئ من الغباء.

المخاطر العادى يخاطر بحياته ليرتفع بواقعه وليثرى حياته، أما المقامر المرضى يخاطر طلبا للاستثارة، حيث تمثل المخاطرة الحب الأول والأخير له، فتكون النتيجة على خلاف المخاطر العادى، ليس اثرء للحياة وانما هبوط بالحياة، لذا قلنا من قبل : «أنه بالابتعاد عن المقامرة سترتفع درجة، أما وأن تستمر فيها فستهبط ألف درجة».

المخاطر العادى لا يثابر على المخاطرة إذا تعثر أكثر من مرة، لكن المخاطر المقامر يتعثر ولا يتوقف عن المخاطرة بالمقامرة، وذلك لان كثير منهم يقامرون رغبة منهم فى القضاء على ما يشعرون به من ذنب، وتكون الخسارة وسيلتهم الاساسية فى ذلك.

المخاطر العادى تجذبه المخاطرة، أما المخاطر المقامر هو الذى يسعى جاهدا وراء المخاطرة.

المخاطر العادى يمارس المخاطرة بدافع من شجاعته ورغبته فى إعادة هيكلة الظروف، أما المخاطر المقامر، فإنه يخاطر بدافع من تحدى الاقدار وخوفه الشديد من أن تتحكم فيه الظروف، فهو لا يخشى إلا من الخوف، ويظن أنه بالمخاطرة يهرب من الخوف بدلا من أن تهرب منه شجاعته، وكأن المخاطرة دفاع بالخوف ضد الخوف.

المخاطر العادى قد يفعل ذلك تحت تأثير ضغوط وتوتر وألم، أما المخاطر المقامر قد يشعر بالألم أيضاً، ولكن ألم بلذة، أو ما يعرف إشتهاء المثير، ولذة الألم، وقد يخاطر الانسان العادى إضطراريا، أما المخاطر المقامر يخاطر إراديا وعن طريق الاختيار.

المخاطر العادى يأخذ كثير من الوقت فى قرار المخاطرة، أما المخاطر المقامر مندفع فى قرار المخاطرة ولا يفكر فيه، فهو يخاطر بسرعة لسان القط وهو يلحق اللب! لذا قلنا أن المقامر يخاطر بجنون وبغباء معاً!

سعادة المخاطر العادى فى النتائج الايجابية للفعل، اما سعادة المخاطر المقامر فى تذوقه للمخاطرة ذاتها، كما أن المخاطر العادى يدافع بالمخاطرة ضد شئ يمثل عائقا أمامه، أما المخاطر المقامر يدافع بالمخاطرة ويموت بها أيضاً، فالمخاطرة بالنسبة للفرد العادى كالنار التى ربما تنير له الطريق أو تحرقه، لكنها بالنسبة للمقامر تجذبه لتحرقه فقط، والمخاطر العادى

نتائج الايجابية لا تضر أحدا، خاصة وأنها قد تكون مخاطرة فردية، أما المخاطر المقامر فنتائج الايجابية تضر بالآخرين، خاصة وأنها لا تقوم الا فى وجود آخر، فالمخاطرة فى المقامرة إما أن تأكل أو يأكلك غيرك.

وهكذا توضح لنا المخاطرة كيف ان المقامر وحدة فريدة، فاذا كان الانسان كائن أعزل مكشوف فهو مع ذلك يملك العقل الذى ربما كانت وظيفته الاولى كما يقول (جون ديوى) هى أن يقينا شر المخاطر إذ يسمح لنا بأن نمتحن فى أذهاننا شتى الافعال الممكنة، بدلا من أن نجربها فى الواقع نفسه، فالعقل على حد تعبير (أدلر) (وسيلة أمان) أو (أداة طمأنينة) لكن الحال يختلف لدى المقامر، إذ أصبح العقل أداة للمخاطرة والبحث المستمر عن المتاعب، فتصبح شتى الافعال مفاجآت غير منتظرة تتطلب المجازفة والمراهنة تحت شعار «من أراد الحياة فليضيعها ومن أراد ان يعيش الحياة فليعيش فى خطرا».

الفرائز الجزئية لدى المقامر Partial Instincts (Component instincts)

تعريف الفرائز الجزئية :-

تعريف عبد المنعم الحفني

وهي الفرائز المندرجة ، أي التي تندرج في غيرها ، والفرائز لا تسعى كل على حدة لتحقيق اللذة، مستقلة عن بعضها البعض، لكنها علي النحو السليم تنتظم وتندرج وخاصة في البلوغ والمراهقة ، وتعمل بشكل مساند للمنطقة التناسلية، وعندئذ تكون وظيفتها التحضير للفعل الجنسي واذكاء الاثارة، وفي التطور غير السوي، قد يتوقف النمو وتثبت على إحدى هذه الفرائز المندرجة ، وعندئذ لا تعود وسلية لغاية ، لكنها تصبح هي نفسها مصدراً للذة النهائية ، وهو ما نشاهده في الاستعراضية والنظرية والسادية والمازوخية .

(عبد المنعم الحفني، ١٩٩٤، ١٥٦).

تعريف روبرت كامبل:

الفرائز الجزئية هي عبارة عن مجموعة من الدوافع، التي تظهر في المرحلة قبل الانسالية أو قبل الرشد ، وهي أنشطة ذات صبغة ليبيدية تظهر في الطفولة ، وتكون بمثابة دوافع ثانوية في التنظيم الانسالي في الرشد ومن بين هذه الفرائز الجزئية المحس ، العض ، اللمس ، التبرز ، التبول ، النظر ، (النظرية) ، الاستعراضية، السادية ، المازوخية ، وتستخدم هذه الفرائز كعوامل تحضيرية مسبقة للشعور باللذة، وهي بمثابة عوامل ثانوية بالنسبة للانسالية التي تعبر عن عوامل أولية (Campbell, R. 1989, p. 361).

تعريف آرثر ريبير

ينظر للفرائز الجزئية في التحليل النفسي الكلاسيكي على أنها مجموعة المظاهر الخاصة التي تتكون من وحدات ليبيدية تعمل على ظهور الغريزة الجنسية وذلك من خلال ما تقوم به من أنشطة ليبيدية عن طريق الفم، الشرج، أو العمليات الانسالية. (Reber, A. 1987, p. 519).

تعريف سامية القطان:

الغرائز الجزئية هى أى حفزة من الحفزات قبل الانسالية المختلفة التى يبتعثها التنبيه أو التوتر فى مناطق نوعية وأعضاء نوعية، أو هى حفزات جزئية تترايط لتشكل نزعة غريزية موحدة، أو أنها بمثابة عناصر تكوينية واشباعات غريزية، وتبعاً لفرويد فإن السادية والمازوخية والنظرية والاستعراضية كلها غرائز جزئية للغريزة الجنسية تناضل من أجل الاشباع الجنسى. (سامية القطان، ١٩٨١).

ويشير (مخيمر) إلى أن (فرويد) لا يقف عند غريزتى الحياة أو الجنسية، الموت أو العدوانية، بل يرجع الغريزة الجنسية إلى عدد من العناصر التكوينية، يطلق عليها الغرائز الجزئية، وهذه الغرائز تتحدد فى السادية والمازوخية، والنظرية والاستعراضية، وهذه الغرائز الجزئية ليست تابعة للجنسية وحدها، بل للجنسية والعدوانية معاً، فكثيراً ما يمارس الفرد السادية والمازوخية معاً فى نفس الوقت على النحو الذى يتضح فى الجماع الجنسى، وقد أشار (فرويد) إلى أن حظ الفرد من الأمرين مرتفعاً، والسادية غالباً ما تكون جنسية عدوانية وعدوانية جنسية (صلاح مخيمر، ١٩٨١).

طبيعة وديناميات الغرائز الجزئية:

يرى الباحث أن الغرائز الجزئية تحتاج منا لإعادة النظر وإستئناف الفكر وتقليب الرؤية على كل وجه، فإذا كان كثير من علماء النفس قد درجوا على تصور الغرائز الجزئية بصورة العلم المعيارى الذى يحدد طبيعة السلوك الجنسى المرضى والشاذ، فإن من واجبنا أن نشير إلى بعض التوضيحات التى تنظر للغرائز الجزئية على أنها فلسفة علمية وسيكولوجيا تفتح الطريق أمام العديد من التساؤلات الهامة :

- ١ - فيما يراه الباحث، ما هو الفرق أولاً بين «الجنس العقلى»، و «الجنس الجسدى» .
- ٢ - وهل الغرائز الجزئية تعبر عن سيطرة الجنس العقلى أم الجنس الجسدى؟
- ٣ - هل الغرائز الجزئية تعبر عن المرض والانحراف أم أنها أفعال وتخيلات المقصود بها شحن الطاقة النفسية؟

- ٤ - متى تكون الغرائز الجزئية مرضاً؟
- ٥ - هل تشير الغرائز الجزئية إلى أن الجنس (يُدعم) عن طريق (التنوع) وليس عن طريق (التكرار).
- ٦ - هل تقف الغرائز الجزئية عند الأبعاد الأربعة (سادية، مازوخية، نظارية، إستعراضية)؟

يشير الباحث إلى أن ما يسميه (الجنس العقلى) هو النظر للجنس بوصفه عملية عقلية تحكمها الثقافة والفهم والوعى والادراك والعاطفة، سواء كان ذلك بالنسبة للجنس بعامة أو للموضوع الجنسى، فالجنس العقلى ليس فقط مجرد (شهوة) وبيولوجيا، بقدر ما هو أيضاً (رغبة) و (فكرة) تعبر عن عقل يعى ويفهم ويدرك وفق قوانين إنسانية. وبذلك يكون الجنس العقلى أعم وأشمل من الجنس الجسدى، وله من القدرة والسيطرة ما يتحكم به فى الجنس الجسدى، وبأقل قدر من الطاقة النفسية. فالجنس العقلى لا تغلبه الظروف المادية البيولوجية كما يتوهم البعض، فدائماً ما يكون هناك حوائط صد كثيرة تتمثل فى الفهم والوعى والادراك والعاطفة، وهو ما لا يتوافر لدى الجنس الجسدى.

أما (الجنس الجسدى) فهو مجموعة الظروف البيولوجية الجنسية التى تسير وفق قانون (الشهوة) ولزوجة الأجساد، وهو فعل ختامى تتحول من خلاله الرغبة لشهوة. والشهوة إلى إنطفاء واشباع، وبلغة (أرسطو) نستطيع أن نقول أن (الجنس العقلى) هو جنس (بالقوة) أما الجنس الجسدى فهو جنس (بالفعل).

والحقيقة أن (الجنس العقلى) إستمد قوته وسيطرته على (الجنس الجسدى) من خلال ضعفه وهشاشته ! فالجنس الجسدى رغم قوته أضعف بكثير من الجنس العقلى، ويتضح ذلك عندما ندرك أن الانسان يتكون من جسد وهو أكثف وأثقل مكوناته، هذا الجسد تحكمه غريزة، وهى بالطبع أقل كثافة من الجسد، وتلك الغريزة تحكمها عاطفة أقل ثقلاً وكثافة من الجميع، فمن الممكن أن تشتعل الشهوة الجنسية فى الانسان، ويكون لها من القوة ما يجعلها تغلى تحت الجلد، ثم تطفئها رائحة كريهة، أو كلمة جارحة، أو إيماءة، أو نظرة عابرة! وهو ما يبرهن على أن (الأضعف) يتحكم فى (الأقوى). وإذا كنا نرى فى بعض الأحوال النادرة عكس ذلك، فإننا نجد لدى المرضى.. بل وأنماط محدودة جداً من المرضى.

إذن نستطيع أن نخرج بقضية مؤداه : (أن الجنس العقلى - رغم ضعفه - أقوى بكثير من الجنس الجسدى) .

ويرى الباحث أن الغرائز الجزئية تندرج تحت الجنس العقلى، صحيح أن الغرائز الجزئية قد تكون فى منشئها أفعالاً غير متدبرة أو غير صادرة عن رؤية كافية، ولكنها بمجرد أن تتحقق، فإنها لا تلبث أن تخضع لقانون آخر، ألا وهو قانون الواقع والنشاط الفعال، الذى يجئ فيضفى عليها حياة خاصة، وقد يتوهم البعض أن الغرائز الجزئية ترينا كيف أن الانسان لا يخرج عن كونه مجرد كائن طبيعى يملك بعض الدوافع، ويصدر سلوكه عن بعض البواعث، ويهدف من وراء نشاطه إلى إشباع بعض الحاجات، لكن الحقيقة أن هذه الدوافع وتلك الحاجات والبواعث تحولت من عمليات (بيولوجية) إلى عمليات (عقلية) فى صورة مدركات حسية، تختلف إختلافاً كبيراً عن الاحساسات البيولوجية فهى تنطوى على معان ودلالات لا تشير إلى الجنس فى معناه البيولوجى، وإنما هى جنس وفق المبدأ العقلى الروحى، أو ما يطلق عليه الباحث (الجنس العقلى) والذى من خلاله تحولت (الشهوة) إلى (رغبة) وأصبح فى وسع الانسان أن يدرك تلك الغايات الجزئية التى تكفل له إشباع الحاجات، كما أصبح فى مقدوره أن يوجه نشاطه توجيهاً شعورياً واعياً نحو أمثال تلك الغايات أو الأهداف، وهكذا إستحالت (شهوة الجنس) إلى رغبة فى تناول الطرف الآخر بأى طريقة تطول، إما سادياً، أو مازوخياً، أو نظارياً أو إستعراضياً، وأصبح فى وسع الانسان أن يعرف مقدماً أن من شأن (الآخر) أن يحقق له الاشباع المطلوب.

ويشير الباحث إلى أن الغرائز الجزئية، وإن كان الأصل فيها يرجع إلى المفاهيم الجنسية، إلا أنها تشمل على معانى أخرى كثيرة غير جنسية، بحيث يمكننا أن نقول أن العدوان والتخريب، وإهانة الآخرين، والتسلط، والتحكم والعنف، كلها تشير إلى مفهوم (السادية). وكذلك مفاهيم : إهانة الذات وإيلام الذات والانتحار والشعور المفرط بالذنب، وكلها مفاهيم تشير للمازوخية. كذلك فإن مفاهيم التجسس، والفضيحة، وكشف المستور هى ما يندرج تحت النظرية، وبالمثل نجد مفاهيم مثل حب الظهور، والاعتداد بالنفس، والمبالغة فى تقدير الذات وسلوك المخاطرة والتباهى، هى ما يتطابق مع مفهوم الاستعراضية.

ويرى الباحث أن الغرائز الجزئية فى ضوء المفهوم الجنسى لا تعبر عن مرض بقدر ما تعبر عما يسميه الباحث (الاحتجاج الجنسى) وهو الرغبة فى القضاء على روتين الممارسة الجنسية بأفعال جنسية متنوعة تشمل على أبعاد : السادية، المازوخية، النظرية، الاستعراضية، وكلها تعبر عن خواء الحياة الباطنية والخارجية الجنسية مما يدفع الفرد لاستخدام البديل، فالجنس عملية عقلية أكثر منها بيولوجية لا يؤدى (التكرار) فيها إلى (التدعيم) بقدر ما يؤدى إلى (الإنطفاء) مما يلزم معه الثورة على القديم المتمثل فى (الشهوة) وحياء الجديد المتمثل فى (الرغبة). ولكن لماذا الرغبة وليس الشهوة؟ ذلك لأن الرغبة دائماً متجددة ومن شأنها أن تحيل لرغبة أخرى فتقتضى على الروتين والملل من خلال ما تحظى به من تنوع وتغير وتجديد دائم مستمر، فيحيا الجنس من جديد، أما الشهوة موضوعها واحد وثابت.

أى أن الغرائز الجزئية هى أفعال أكثر جدة وحدثة لا تعبر عن مرض بقدر ما تعبر عن الاحتجاج الجنسى عن طريق الجنس العقلى الذى يتكون من خلال الثقافة والمجتمع والديناميات الشخصية للفرد، وهذا الجنس العقلى رغم ثباته النسبى وعالمية خصائصه من خلال ما يعرف (بالانتشار الثقافى) إلا أن بعض من خصائصه ترجع لشخصية الفرد ذاته.

ويرى الباحث أن الغرائز الجزئية رغم أنها لا تعبر عن (مرض) إلا أنها فى حالات نادرة تشير إلى (انحراف) وذلك عندما تحل هذه الغرائز الجزئية محل الغريزة الأساسية، فيكون حال الفرد كمن وضع العربية أمام الحصان، فعندما يحل النظر أو الرؤية (إستعراضية - نظارية) محل الاشباع الجنسى الكامل تصبح هذه الغرائز تعبير عن (الانحراف) وليس تعبيراً عن (المرض)، ذلك لأن هناك فرق بين (المرض) و (الانحراف)، إذ يشير الانحراف إلى الطريق للمرض وليس المرض ذاته.

ونادراً ما تكون الغرائز الجزئية تعبيراً عن الانحراف، فهى غالباً ما تعبر عن شحن الطاقة النفسية، فهى غرائز سوية تسبق الفعل الأصلى سواء كان تحقيق الرغبة أو الاشباع، وفى هذه الحالة نستطيع أن نقول أن الجنس العقلى يسيطر ويتحكم فى الجنس الجسدى، أما وإن كان الانحراف، فإن الجنس الجسدى يكون هو المسيطر على الجنس العقلى، وهنا يتضح أن فعل الغرائز الجزئية قد تجاوز الفرد نفسه، لكى لا يلبث أن يصدر عليه حكمة ويتحكم فيه

دون أدنى هواده أو رحمة، حتى أن الفرد نفسه لم يعد قد لا يفطن لنتائج ما يمارسه من غرائز جنسية، وهو ما يعرفه الباحث «بالاغتراب الجنسي».

فقد يفرط البعض فى استخدام الغرائز الجنسية دون أن تحل هذه الغرائز محل الهدف الاصلى للغريزة الأساسية، وذلك لان الجنس يرتبط دائماً فى ذهن الانسان بالخروج عن اللياقة والآداب والأخلاق، وأنه كلما كان الجنس سافراً، قبيحاً، كلما كان مشبعاً، وكأن القضية تندرج فى عبارة واتحدة: «إن أجمل الجنس أقبحه» فمن الممكن للفظ قبيح أو عبارة حارّة عن الآداب أن تثير لدى الفرد تاريخاً كاملاً من الافكار الجنسية الموجودة فى (القبحشعور). وهذا هو السر فى أن البعض - وليس الكل - من الأفراد يرغبون فى سماع عبارات نابية أثناء اللقاء الجنسي، تلك العبارات التى وإن عبرت فانما تعبر عن سادية فى الاتجاه الذكري ومازوخية فى الاتجاه الأنثوى. ولكن لماذا السادية فى الاتجاه الذكري والمازوخية فى الاتجاه الأنثوى؟ والاجابة فى رأينا تتضح فى أن الفكرة الذهنية وكذلك الاجتماعية عن الذكورة، أنها سيطرة وقوة وإخضاع وتسلط، ولا بد لى تتحقق الذكورة أن تتمثل هذه الانوار وفى شكل (سادی) فكلما كانت السادية حاضرة، كلما دل ذلك على أن الذكورة ايضاً حاضرة. وكذلك توضح الفكرة الذهنية والوجهة الاجتماعية ان الأنوثة، خضوع وضعف وقهر، ويقدر تحقق هذه الانوار بقدر ما تكون المازوخية، وكلما كانت المازوخية أكثر وضوحاً كانت السادية أشد بروزاً، ذلك لأنه على قدر ظهور الاثنين على قدر ما يكون الإغراء، وفى هذا الصدد يمكن لنا أن نسمى المازوخية (أنوثة) والسادية (ذكورة) أو ما يطلق عليه (الاحتجاج الذكري).

ويوضح الباحث أن الغرائز الجنسية لا تقف عند أبعاد : السادية، المازوخية، النظرية، الاستعراضية على نحو ما يتصور التحليل النفسى، كما أن إصطلاح (أبعاد) ليس بالاصطلاح الجيد الذى يلائم مرونة وتفتح الجنس ونشاطه العقلى والبيولوجى الحر. ولكننا نقول (أبعاد) كى نقرب إلى أذهاننا طبيعة تلك الغرائز. فالغرائز الجنسية تشمل أيضاً على أبعاد اللمس، السمع، الشم، وكلها أبعاد تندرج تحت السادية والمازوخية.

لقد أدخل فرويد مصطلح الغرائز بصدد الحديث عن الغريزة الجنسية لدى العصاين، ويعنى بها النظرية والاستعراضية من ناحية، والسادية والمازوخية من ناحية أخرى (حسين عبد/القادر وآخرون، ١٩٩٣، ٣٣٧). وقبل أن نتحدث عن المتعدد فى الغرائز الجنسية (السادية،

المازوخية، الاستعراضية، النظرية) والتي يضيف إليها البعض - إستناداً إلى فرويد نفسه - حفزات فمية من قبيل الحس، والعض، وحفزات شرجية، تتصل كلتاهما بمناطق شبقية، فإن الوقائع تلزم أول ما تلزم - بأن نوضح دلالة هذا المفهوم، وقبلها أن نوضح مقصد فرويد من مصطلح غريزة instinct بعامة (حسين سعد الدين، ١٩٩٥، ٤)، ثم نوضح بعد ذلك المفهوم الخاص بنا عن طبيعة الغرائز الجزئية، وكيف أنها لا تتصل فقط بعوامل جنسية، بل بعوامل عقلية أيضاً، وتبعاً لما أوضحناه سابقاً.

يوضح فرويد أن الغريزة يستحيل أن تكون غائية بحال، بل هى على دينامية تتمثل فى خبرة نفسية تنزع بالانسان لهدف بعينة تبعاً للمعنى النفسى للدفعة، إذ هى الممثل النفسى للمنبهات التى تصدر عن الكائن الحى العضوى بقدر ما هى مقياس لتلك المطالب التى تفرضها الصلة بين النفسى والجسمى على الطاقة النفسية (حسين عبد القادر وآخرون، ١٩٩٣، ٣٣٥)، وهو ما يعنى أن الموقف بأكمله موضوع خبرة نفسية لا غائية فيها، فالدافع الغزوى مصدر الطاقة وموضع للإشباع، وهدف يتحقق الاشباع عبره، إنه إيضاح لازم يزيل بعض اللبس الذى تسببت فيه ترجمة المصطلح فى اللغات الأجنبية ويدحضه الفهم الفرويدى الغريزة إلا أن هنا لبساً آخر نظن أن فرويد نفسه وقع فيه، عندما إختلطت لديه الدفعات الغريزية الجزئية بإعتباره طاقة (السادية - المازوخية - الاستعراضية - النظرية) بالمناطق الشبقية التى يمر بها الطفل فى مرحلة الاولى من قبيل الحفزات الفمية والشرجية (حسين سعد الدين، ١٩٩٥، ٥)، وفى هذا الصدد يذكر (مخيمر): «أنه ليس من المعقول أن نتحدث عن الغرائز الجزئية بحسبانها طاقات دافعة، ونتحدث حيناً آخر عنها بحسبانها مسارح عمل، أى مناطق شبقية ومن ثم ليس لها أن تدخل ضمن الغرائز الجزئية بمعنى الكلمة (صلاح مخيمر، ١٩٨١، ٥ - ٦).

ولقد جاء هذا التناقض ما بين المناطق والطاقات من خلال النقلة الكيفية للدفعتين الغريزيتين باعتبارهما غرائز المحافظة على النوع (غرائز جنسية) وغرائز المحافظة على الذات (غرائز الأنا) فى ظل النظرية الأولى للغرائز، والتى كتبت «ثلاث مقالات فى نظرية الجنسية» فى ظلها عام (١٩٠٥) بينما جاءت النظرية الثانية عام (١٩٢٠) فى كتابه «ما وراء مبدأ اللذة» لتستقر النظرية على عرشها كغرائز حياة فى مقابل غرائز موت، لتندلع دياكتيكية جديدة بين الجنس والعدوان وهنا لا تقتصر الدفعات الغريزية الجزئية والحال هذه بإعتبارها منتمية إلى

الغرائز الجنسية فى عمومها، بل هى نتاج دفعتين غريزيتين الجنسية والعدوانية.

(حسين سعد الدين، ١٩٩٧، ٨ - ٩).

وهكذا تكون الغرائز الجزئية فى الحقيقة هى العناصر الأولية الأولى التى تمثل إمتزاج الجنسية والعدوانية معاً، فالسادية غالباً ما تكون جنسية عدوانية وعدوانية جنسية تتجه بصاحبها ضد الموضوع الخارجى والية، فإذا ما إنقلبت ضد ذات الفرد واليه كان الحديث عن المازوخية، وإذا كانت العين والنظرات ترمز على المستوى اللاشعوري إلى العضو الجنسى قضيباً كان أو مهبطاً، فإن النظارية والاستعراضية فى الواقع غير سادية ومازوخية على مستوى العين والنظرات. كل ذلك يبدو منطقياً ويساير المعقولة بأكثر ما تنطوى عليه أراء فرويد، ومع ذلك فقد يعدو الأمر أكثر اتساقاً وأعظم معقولة لو أننا إعتبرنا غرائز الموت بمثابة الطاقة الأساسية للحياة، وبحيث تكون الجنسية شأنها شأن الايجابية وشأن التدميرية، مجرد جنابات تعبيرية عن الغريزة الأساسية ونعنى غريزة الموت أو العدوانية. (صلاح مخيمر، ١٩٨١، ٥).

إن «مخيمر» هنا وهو يحاول أن يقوم باقتصاد يدفع إليه العلم، قد يخل مع المبالغة فيه بوقائع مادية لدلالة الموضوع نفسه، عندما رد جميع الغرائز الجزئية ليعتبرها مجرد إشارات متباينة للعدوانية تتجه إلى الذات أو ضدها، وإلى الموضوعات أو ضدها (حسين سعد الدين، ١٩٧٧، ٩) ونظنه هنا يغفل تلك الثنائية المتصارعة بين الجنسية والعدوانية واللتين تتداخلان منذ البدء متصارعتين فى الحياة النفسية حتى يتم إلتئامهما تحت سيطرة الحب فى السوية، أو أن يظلان متصارعتين متفككين فتكون الغلبة للعدوانية، وفى ضوء ما نراه من أهمية لرد الكثرة للوحدة، وفى ضوء الطبيعة الدينامية لكل دفعة من الدفعات الأدبية نستطيع أن نربط ما بين السادية والنظارية، حيث الأخيرة تقوم على التطلع بالنظر لما لدى الآخر فى لذة مشبوبة، فتحقق من خلالها اللذة، أنشد نحن بإزاء جانب سادى، بينما الاستعراضية والتى تتحقق فيها اللذة من إستعراض أعضاء تناسلية فى ظروف غير ملائمة، إنما هى فى صميمها مازوخية، وهكذا يمكن رد التعدد إلى اثنين، فالنظارية سادية والاستعراضية مازوخية. (حسين سعد الدين، ١٩٩٥، ٨ - ١٠). وإن كان بعض الباحثين يرون أن الغرائز الجزئية هى مما لا يمكن أن يرد إلى السادية والمازوخية بينما يرى البعض غير ذلك، ترى ماذا تكون عليه الغرائز الجزئية بأبعادها الأربعة لدى المقامر؟

الغرائز الجزئية لدى المقامر

يرى الباحث أن الغرائز الجزئية وإن كانت مفهوماً يتصل بالجنس، إلا أنها من حيث علاقتها بالمقامرة تأخذ معانى كثيرة، قد يمثل الجنس فيها الجانب البسيط جداً، فالغرائز الجزئية من منظور المقامرة تعنى العدوان والتحكم والتسلط والعنف والخط من قيمة الآخرين والتلذذ بإيلاهم، وهو ما نعنى به (السادية) إلا أن هذه السادية بدلاً من أن تتخرج، تتداخل فى ذات المقامر، فتتحول إلى مازوخية، ويقدر ما تكون السادية مفرطة، بقدر ما ترتد هذه السادية مفرطة أيضاً فى صورة مازوخية، تأخذ أشكالاً كثيرة مثل التلذذ بإيلاهم الذات والخط من قيمتها، والإحساس بالنقص والدونية والرغبة فى توبيخ الذات والتخفيف من ألم الشعور بالذنب الذى يصل فى بعض الحالات بالإنتمار، فالبدائية غالباً ما تكون لدى المقامر (سادية) والنهاية (مازوخية)، وهو ما تلخصه عبارة جوتة : «إذا ضربت نفسك تضرب...» وكأن المقامر يصير وفق المعادلة الآتية:

(أنا أعلى سادى —————> فأصبح الأنا مازوخى)

ولا يقف الأمر لدى المقامر عند السادية والمازوخية، بل يتعدى ذلك ليصل إلى النظرية والاستعراضية، واللذان يأخذان أشكالاً ومعانى كثيرة لا تقف أيضاً عند حدود الجنس، فنجد النظرية تتصل بمفاهيم التجسس، وهتك المستور، بل وتشمل أيضاً الفضيحة، كما يأخذ مفهوم الإستعراضية حب الظهور وسلوك المخاطرة والرغبة فى إنتزاع الاعتراف من الآخرين بقيمة الذات، ويتفق الباحث من أن الغرائز الجزئية فى علاقتها بسلوك المقامرة يمكن أن نردها إلى السادية والمازوخية، كما يمكن أن نصف هذه السادية وتلك المازوخية بأنهما حالة مرضية، وذلك لأن السادية والمازوخية لدى المقامر أصبحت هدفاً وغاية وليس وسيلة لغاية، فقد يتوهم البعض أن الهدف هو الحصول على المال لكن الحقيقة أن الهدف هو حركة الذهاب والإياب ما بين السادية والمازوخية، فأصبحت السادية والمازوخية الوسيلة والغاية معاً، وقضى على الاشباع الحقيقى والسوى (الفوز) بالموت، وما أصدق (ديستوفسكى) صاحب الرائعة الأدبية (المقامر) عام ١٨٨٦، وهو من المقامرين المرضيين - ما أصدقه إن يقول:

«النقطة الأساسية هي اللعبة بحد ذاتها، وأقسم بأننى لست طامعاً فى مال على الرغم من حاجتى إليه».

ويوضح الباحث أن الغرائز الجزئية لدى المقامر تعبر عن حالة من تفكك الذات وانقسام الشخصية فما تلبث أن تظهر السادية إلا وتتبعها المازوخية، ولكل منهما رفاقه المخلصين من عدوانية وعنف على الذات والآخرين المصبوغة بطابع الهدم والتدمير والتمزيق، وعلى المقامر أن يوفق بين مطالبه الغريزية، إذ لا بد من الاختيار ما بين سادية أو مازوخية، أو الاختيار ما بين وجود بدون مقامرة، وهو الشتاء القارس الفظيع، أو مقامرة بدون وجود، وذلك هو الموت فى مطلع الربيع، إلا أن المقامر إختار ألا يختار! فأصبح فى حركة دائمة مستمرة ما بين الذهاب والإياب، دون أن يقف يوماً على حالة واحدة، وكأن حياته قد إستحالت بالضرورة إلى حالة أليمة من التشنت والتمزق النفسى. فأصبح المقامر حليف الشذوذ والسرف والانحراف والمرض، وأقل ما يمكن أن نقول عنه، أنه مريض.

ويرى الباحث أن الغرائز الجزئية فى علاقتها بسلوك المقامرة ترينا كيف أن المقامر مخلوق وضيع لا يملك أى طهارة، ولا يتمتع بأى فضيلة، ولا تنطوى نفسه على أية براءة، فهو ساقط وبهيمى تعميه شهوته الشاذة الغريبة، فالشرف والنزاهة وعفة اليد وسائر الفضائل مما لا يركب فى طبع المقامر. فالمقامر لا ينشد إلا اللذة الفورية، لذا فهو دائم السعى وراء (اللحظة) والتمسك (بالآن)، لكن اللحظة ماضية والآن هارب، ولن يبقى له سوى الندم والحسرة، وهو كلما أشبع ذاته بالمقامرة لا يجنى إلا الجوع، فهو يراهن كل يوم بلا ضمان ولا رصيد ومحكوم عليه بالخسارة والموت على أعتاب الموائد الخضر، نون أن يعرف متى وكيف وأين، إلى أن يداهم الموت حيا رغم أنفه، فيفقد كل حواسه، فلا يفرح لكسب ولا ييأس على خسران.

ولكى نقف على طبيعة الغرائز الجزئية لدى المقامر نعرض لجوانبها الأربعة (سادية - مازوخية - نظارية - استعراضية) من حيث تعريف كل بعد وطبيعة دينامياته، ثم ننتقل إلى ديناميات كل بعد بالنسبة للمقامر ذاته.

تعريفات السادية :

كثيرا ما تتحدد دقة النتائج فى الأبحاث العلمية، على قدر دقة مصطلحات البحث وإعتمادها على المصطلحات الاجرائية، التى تعتمد على المتغيرات العملية ذات الصلة بما يراد تعريفه وتوضيحه (Reber, A. 1987, P 181). وفيما يتصل بالسادية يحاول الباحث أن يتناولها من جانبها المركب، الذى ينظر للسادية ليس بوصفها جنس فقط، وإنما جنس وعدوان ورغبة فى التملك، ومن حيث النظرة التاريخية للمصطلح، نجد أن أول من إستخدمه (كرافت إينبج) وقد إشتقه من (الماركيز دى ساد) الذى حكم عليه بالاعدام بسبب أفعاله الجنسية الشاذة، وإستبدل الحكم بالسجن بواسطة الملك، وقد كان (ساد) يدعو للتمرد على نظام الكون الذى يبيع الشر، ويتخذ هذا التمرد صورة النشاط الجنسي المدمر (سامى محمود على، ١٩٦٣، ١٨٢) لذا كانت حياة (ساد) حياة مليئة بالسلوك السادى الذى جعل منه عنواناً لكل إنحراف، وفيما يلى نعرض لبعض التعريفات التى تناولت مفهوم السادية.

تعريف عبد المنعم الحفنى

السادية : جنون القسوة الجنسية أو التلذذ بالقسوة، وهى إنحراف جنسى، ويرى (فرويد) أن المازوخية عكسها، وأنها الميل الأصلى فى الانسان والدليل على وجود غريزة الموت فيه، وكان فرويد يرى أن السادية يمكن أن تنقلب إلى المازوخية للمصاب بها. (عبد/المنعم الحفنى، ١٩٩٤، ٧٥٣). ويمكن النظر للسادية بوصفها تهيجاً أو إشباعاً جنسياً عن طريق إيلام الفرد السادى لشريكته فى الفعل الجنسي بالتعدى عليها بالضرب أو السب، أو ماشابه ذلك، فقد تتخذ شكلاً جسدياً فتكون إعتداءات بالغة الأذى ببدن شريكته لدرجة تصل إلى حد القتل، بقدر ما تكون هذه الممارسات السادية مقدمة للجماع أو قد ينتهى بها الجماع، وقد يكتفى بها السادى دون الجماع بوصفها أفعالاً جنسية مشبعة فى حد ذاتها. (عبد المنعم/الحفنى، ١٩٩٢، ٥٢٥-٥٢٦).

تعريف (فرج طه).

هى إشتقاق اللذة عن طريق القيام بتعذيب الآخرين، سواء بتوجيه عدوان مادى إليهم، كالضرب أو الايذاء البدنى، أو توجيه عدوان معنوى، كالتقليل من شأن الآخرين وعدم مراعاة

مشاعره أو كرامته، أو ضرب مصالحة أياً كانت، وغالباً ما تمتزج السادية أيضاً بالنشاط الجنسى للشخص ذى الطابع السادى، فلا يشتق لذته الجنسية إلا عند تعذيب محبوبة وإيقاع الأذى والضرر المادى والمعنوى له سواء قبل الفعل الجنسى أو أثناءه، وفى كثير من الحالات تكون السادية نوع من الشذوذ الجنسى أو الانحراف الجنسى، سواء لدى الذكر أم لدى الأنثى، وعندما لا يجد الفرد لذته الجنسية إلا إذا كانت مصحوبة بالأذى والذى يوقعه على الطرف الذى يمارس معه الجنس (فرج عبد القادر طه وآخرون، ١٩٩٣، ٣٧٩).

تعريف (كمال دسوقي) :

إنحراف جنسى يتميز بالحصول على الإشباع والإرضاء الجنسى بإيقاع الألم بالغير، بقدر ما تمثل ميل متسلط لصب العدوان والتحطيم وروح الانتقام، والاستغلال والإذلال والاحباط على شخص آخر (كمال دسوقي، ١٩٩٠، ١٢٩٧).

تعريف (روبرت كامبل) :

نوع من الانحراف الجنسى يتميز بالحصول على اللذة الجنسية من إيلاء الناس وتعذيبهم فهى حالة يكون فيها الدافع الجنسى ظاهراً من قبيل الضرب وسوء المعاملة والإذلال وإهانة الموضوع المحبوب، (Campbell, R. 1989, 646).

تعريف (بوتزن واكوكسيلا) :

السادية، نوع من الاشباع الجنسى عن طريق إنزال الألم بالآخرين (Bootzin, R. & Acocella, J. 1988. p 333).

تعريف (عطوف ياسين) :

إنحراف جنسى يتميز بالحصول على اللذة أو النشوة من خلال ممارسة أحد الطرفين للقسوة والإيلاء على الطرف الآخر، والذى قد يتخذ شكلاً نفسياً كالسب والإذلال، ويتلقاه الطرف الآخر إما بسعادة وسرور أو بعذاب (عطوف محمود ياسين، ١٩٨٨، ٣٤٨).

تعريف (فاخر عاقل) :

إنحراف جنسى يرتبط فيه الرضا الجنسى بإيقاع الألم على الشخص الآخر .
(فاخر عاقل، ١٩٨٨، ٣٩٩) .

تعريف (أسعد رزق) :

ضرب من الانحراف الجنسى يتميز بالحصول على اللذة الجنسية والاستمتاع الشهوانى من جراء إساءة معاملة الأفراد الآخرين من الجنسين، وتستخدم هذه اللفظة أحياناً بشكل عام للدلالة على حب القسوة، والفظاظة والتلذذ بتعذيب الطرف التالى. (أسعد رزق، ١٩٨٧، ١٣٦) .

تعريف (جان لابلانش وبونتاليس) :

شذوذ جنسى يرتبط فيه الاشباع بالتعذيب أو الإذلال الذى يصب على الآخر، ويوسع التحليل النفسى فكرة السادية إلى ما وراء حدود الشذوذ الذى وصفه علماء الجنس، وذلك من خلال الاعتراف بالعديد من مظاهره الأكثر خفاء، وخصوصاً الطفلية منها، ومن خلال إعتباره واحداً من المكونات الأساسية للحياة النزوية (جان لابلانش، وبونتاليس، ١٩٨٧، ٢٨٠) .

تعريف (حامد زهران) :

السادية : هى لذة القسوة والإرضاء الشبقى عن طريق تعذيب الغير (التهيج الجنسى أو الإشباع الجنسى عن طريق تعذيب الغير) وذلك عكس المازوخية (حامد زهران، ١٩٨٧، ٤٤٤) .

تعريف (عادل الأشول) :

إنحراف جنسى يتلذذ فيه المرء بانزال العذاب بأشخاص من نفس الجنس أو من الجنس الآخر (عادل عز الدين الأشول، ١٩٨٧، ٨٣٧) .

تعريف (أرثر ريبير) :

الحصول على اللذة الجنسية من خلال إيقاع الألم بالآخرين، والذى لا يقتصر فقط على الألم الجسمى، بل يشتمل على الألم النفسى من قبيل التقليل من شأن

الآخرين وإحتقارهم وإستغلالهم، وقد يصاحب ذلك أن يشعر السادی بالإشباع الجنسي
(Reber, A. 1987. p 657)

تعريف (محمود الودرنى) :

السادية هي الحصول على الإثارة الجنسية بتصوير أو ممارسة تعذيب جسدى أو نفسى
على شخص آخر خلال العمل الجنسي أو بدونه (محمود هاشم الودرنى، ١٩٨٦، ٩٢) .

تعريف (أحمد بدوى) :

السادية هي الحصول على إثارة الغريزة الجنسية، أو على إشباعها، أو عليهما بانزال
الأذى البدنى أو النفسى بشخص آخر، ويمكن أن تستقل عن الباعث الأسمى وتصبح شكلاً من
أشكال الانحراف، فتسيطر على الحياة الجنسية بأكملها (أحمد زكى بدوى، ١٩٨٢، ٣٦١) .

تعريف (سامى على) :

إنحراف ينحصر عامة فى إستمداد اللذة الجنسية، مما يلحق الغير من ألم بدنى ونفسى،
والشخص الذى يقع عليه هذا الألم قد يكون من نفس الجنس الذى ينتمى إليه السادى، أو قد
يكون طفلاً أو حيواناً. وقد يكون الألم الذى ينزل بالضحية ألماً مادياً من قبيل الضرب، الوحز،
العض، التشوية، الذى قد يصل إلى حد القتل، بقدر ما يكون نفسياً من قبيل التجريح والإذلال،
وقد لا يعدو أن يكون الألم فى بعض الأحيان مجرد إفتعال، وقد يكتفى السادى بمشاهدة
الألم، ولكنه عادة ما يتسبب فيه ذاته. (سامى محمود على، ١٩٦٣، ١٨٣) .

تعريف ولفك، وبينيت :

هى رغبات الفرد فى إحداث الألم والجراح، والعقاب على الآخرين، سواء أكان ذلك
بطريقة شعورية أم لا شعورية، بينما تشير السادية من الناحية الجنسية إلى تحقيق الإشباع
الجنسى المصاحب لتوقيع العقاب والألم على الشريك.

(Wulfek, z & Bennett, E. 1954, p 96)

خلاصة وتعقيب:

ومن خلال ما تم عرضه من تعريفات السادية، نستطيع أن نقول : أنه على الرغم من كثرة تعريفات السادية من الناحية الشكلية، إلا أنها كمضمون ومحتوى قد لا تتعدى بعدين اثنين:

١ - البعد التدميري العدوانى للآخرين معنوياً أو مادياً.

٢ - البعد الشيق، وذلك بالنظر للسادية كونها انحراف أو مرض .

(فرج طه وآخرين ١٩٩٣) (Compbell, R. 1989) (سامي علي ١٩٦٣).

ويرى الباحث أن السادية لا تقف فقط عند حدى التدمير والعذوانية فى مقابل الجنس، كما أنها ليست أفعال جنسية بقدر ما هى سلوكيات تجهيزية للجنس تسبق الفعل الجنسى ولا تتبعه كما يعتقد البعض، كما أن السلوكيات الجنسية المتصلة بالسادية تعبر عما أسماه الباحث (الجنس العقلى) الذى يسيطر عليها ويتحكم فيها بعيداً عن سيطرة (الجنس الجسدى) فليست السادية (جنس جسدى) وإنما هى سلوكيات تساعد على إنكاء (الرغبة) دون أن تصل تلك الرغبة لحيز التفعيل (Acting out)، فالغرض منها هو شحن الطاقة النفسية الجنسية.

كما أن الباحث يرى أن السادية لا تعبر عن مرض إلا، إذا أصبحت غاية في حد ذاتها، وليست مجرد وسيلة لتحقيق غاية، فإذا كان العدوان والتدمير سواء معنوياً أو مادياً، جنسياً أو في مجال العلاقات البينشخصية، إذا كان هدف في حد ذاته، كانت السادية مرضاً. والسادية هي تعبير عن اللاشعور الجمعي لفكرة الجنس لدى الرجل والمرأة، (الأنثى والأنثى) لدى (يونيغ) أو ما يعرف بالاحتجاج الذكري، وهو أن الذكورة تعبير عن القوة والسيطرة والأنوثة تعبير عن الخضوع والاستسلام. وهذا يجعلنا نقول أن الرجل (سادي) والمرأة (مازوخية). إلا أنه في بعض الأحيان تلعب المرأة دور الرجل، فتكون أكثر سادية فنجد التحليل النفسي يقول عنها «المرأة حاملة القضيب» أي المرأة الأكثر رجولة.

وفى ضوء ما سبق يرى الباحث ضرورة تحديد تعريف جامع مانع للسادية يشمل ما يلى:

هى مجموعة السلوكيات التى تهدف للشعور بالنشوة واللذة من خلال السيطرة والعدوان وإيلاهم الآخر، سواء كان ذلك فيما يتصل بالعلاقات البينشخصية، أو العلاقات الجنسية، وفى علاقتها

بهذا الأخير تعبر السادية عن أفعال تجهيزية الغرض منها شحن الطاقة النفسية الجنسية من خلال فكرة عقلية تعبر عن: لا شعور جمعى، وقد تصل السادية لحد المرض إذا حلت محل الهدف الأسمى للسلوك وأصبحت هدف فى حد ذاته.

طبيعة وديناميات السادية:

يرى الباحث أن التحليل النفسى طفل السيكلوجيا المدلل الذى يظهرنا دائما أنه الألف والياء فيما يتصل بالانسان، إلا أن أنصار التحليل النفسى غالبا ما يسيئون إليه بأفكار بعيدة كل البعد عن المنهجية العلمية، وهم بذلك لا يسيئون إلى أنفسهم بقدر ما يسيئون للتحليل النفسى كعلم، مما يجعل الكثير من العلماء يقولون عن التحليل النفسى أنه موضوع للمعرفة ولا يرتقى إلى لغة العلم. والسبب الأفكار الخاطئة المبالغ فيها من قبل المحللين النفسيين، وهذا ما يتضح فى تناول القضايا الجنسية مثل الغرائز الجزئية بأبعادها الأربعة (السادية، المازوخية، النظارية، الاستعراضية).

وقد أدرك (جاك لاكان) أن هناك كثير من الأمور الخاطئة المشوشة فى التحليل النفسى أرجعها إلى أن أنصار التحليل النفسى قد أساءوا فهم الاستاذ والمعلم (فرويد) وأن السبيل إلى تصحيح ذلك لا بد وأن يكون (بالعودة إلى فرويد) Return to Freud وهى صيحة أطلقها (لاكان) لتصحيح النظرة الخاطئة للقضايا التحليلية وللثورة والنقد على المحللين النفسيين الذين يبتعدون عن تعاليم الأستاذ (نكريا إبراهيم، ١٩٨٣، ص ١٥٦).

وإذا طبقنا ذلك على ديناميات السادية، نجد أن هناك كثير من أوجه المبالغة التى لا تستند لرؤية علمية، وتنظر للسادية فى أوجه نشاط لا توجد فيها بالفعل، وتنسى الأنشطة الفعلية التى توجد فيها، أو على حد تعبير لاكان (يفكرون حيث لا توجد بينما توجد حيث لا يفكرون).

فكثير من المحللين النفسيين ينظرون للسادية بمنظار الفئات وعلى طريقة التجزئة الأرسطوطاليسية فيتحدثون عن أنواع السادية التى تشمل على :

السادية الفمية، السادية الشرجية، السادية القضيبية، سادية اللهو، سادية الأنا الأعلى، السادية اللاشعورية، السادية اليدوية، السادية المقنعة، السادية المعقدة، السادية الأولية،

السادية المقلوبة. والحقيقة أن السادية تشمل كل هذه الجوانب مجتمعة، فهي ليست أنواع بقدر ما هي أدوات تستخدمها الأنا حسب طبيعة الموضوع المثير للسلوك السادى. ولكن هذه الأدوات ليست بما يصفه البعض من مبالغات وتشوهات فكرية، حيث نجد من يرون أن الطفل إذ يستخدم أسنانه ولسانه وفمه إنما هي حفزات عدوانية تستهدف الاشباع والسيطرة، وذلك عن طريق الوطيفة المتخيلة للفم. (عبد المنعم الحفنى، ١٩٩٢، ٥٢٩) وعندما ينضج الطفل تعتمد هذه الرغبات في الرشد لتعبر عن الانحرافات الجنسية (كمال دسوقي، ١٩٩٠، ١٢٩٨). ويرى الباحث أن هذه الأفعال والسلوكيات الطفلية تعبر عن قلة الحيلة والحيرة من جانب الطفل، ولو كانت أفعال سادية أو سادية جنسية لحق القول علينا جميعاً بأننا ساديين ومنحرفون!

وفيما يتصل بالسادية الشرجية Anal sadism ويعنون بها إزاحة النزعات العدوانية والتدميرية والسلبية التي تظهر خلال المرحلة الشرجية من قبيل رفض الإخراج والبخل بالبواز إلى مراحل العمر اللاحقة لتصبح من سمات الشخصية (Campbell, R. 1989, p 646) يرى الباحث أنه من الخطأ بمكان أن نرى أن العادات العضوية الأكثر تبكيراً تستمر إلى حد كبير في الحياة اللاحقة للفرد فإذا كان الطفل الذى ينحبس لديه البول أو البراز هو فى الكبر شخص حريص وبخيل، لكان المصاب بالامساك أبخل الناس.

أما السادية القضيبية Phallic sadism فهي حفزات عدوانية تزاح من المرحلة القضيبية، وفيها يتخيل الولد أن الجماع فعل يتسم بالعدوان من جانب الذكر وخصوصاً من جانب القضيب عضو التذكير فى إلحاق الألم بالشريك. (كمال دسوقي، ١٩٩٠، ١٢٩٨). إلا أن الباحث يرى أن هذه التخيلات لا تتوفر لكل فرد وإنما تتوفر للذين يحرصون على مشاهدة الفعل الجنسي، كما أن الاعتقاد بأن الفعل الجنسي هو فعل عدوانى، إعتقاد غالب لدى الاطفال فى مرحلة الطفولة المبكرة، فالطفل فى هذه المرحلة، إذ أتيحت له فرصة مشاهدة اللقاء الجنسي، فهو يعتقد بأن الطرفين فى عراك ومشاجرة دون أن يدرك أن تلك المعركة ما هي إلا لقاء جنسى قد يحتوى على الكثير من العواطف، وما يعتقد الطفل بأنه (عدوان ومشاجرة) يخلع عليه الراشد معنى آخر يتمثل فى (الإثارة) و (اللهفة). فظواهر الأمور تختلف عن ما فى الباطن، وكم من محتوى ظاهر يختلف تماماً عن المحتوى الباطن، هكذا علمنا التحليل النفسى، ووضحته لنا الماركسية فى حديثها عن البناء الفوقى والبناء التحتى.

وسادية الهوى id sadism وهى حفزات تدميرية غريزية أولية تظهر فى سنوات الطفولة الأولى ، وقد تكون مرتبطة بالرغبة فى الإشباع ، إلا أنها تعاني الكبح عن طريق العقاب والتربية ، وقد تستمر هذه السلوكيات فى الكبر فتتحول لجناح أحداث أو الرغبة فى الاعتداء على الآخرين (عبد المنعم الحفنى، ١٩٩٢، ٥٣٠).

ويرى الباحث أن القول بوجود سادية لدى الطفل فى مرحلة الطفولة المبكرة، أمر يصعب توقعه، وإنما ما نسميه بالسلوكيات العدائية من جانب الأطفال تنبع من جهل الطفل بطبيعة الموضوعات الخارجية وطريقة التعامل معها، فهى تعبر عن ضعف وجهل فى الوقت نفسه ولا تعبر عن سادية، فما يمكن أن نعتبره بالسلوك السادى هو الذى يشمل على النية والقصد من ناحية والمعرفة من جانب آخر، وهذا الأخير يشير إلى معرفة الفرد بعواقب سلوكياته على الآخرين، أى أن السادية يمكن أن نقول عنها أن سلوك تدميرى - تتفاوت درجاته - مع سبق الإصرار والترصد.

ويشير (روبرت كامبل) إلى أن الأنا الأعلى قد يكون أكثر سادية على الأنا الذى يحاول من جانبه إرضاء دوافع الهوى. وتؤدى سادية الأنا الأعلى إلى الالتزام بقواعد الأخلاق والتقاليد والدين والصرامة فى تطبيق هذه القواعد (Compbell, R. 1989. P 647).

ويرى بعض العلماء أن السادية لا تعبر عن الانحراف الجنسى، بقدر ما هى تعويض عن الإبداع والحب، ويتم هذا التعويض على شكل قوة أو إيذاء أو سيطرة على الآخرين (Kleinmuntty, B. 1980, p358) وعلى ذلك يكون هدف السادى هو الإيذاء وإستسلام الآخرين، وليس الهدف هو التدمير فى حد ذاته (sternback, o, 1975, p. 328). ويتفق الباحث مع هذا رأى فقط فيما يتصل بالسادية التى لا تشتمل على أفعال جنسية، لكن يرى أن هناك أفعال سادية كثيرة ومتنوعة فى الفعل الجنسى، الهدف الظاهرى لها إحداث الألم، لكن ما وراء الظاهر، يشير الباطن إلى رغبة فى الشحن النفسى المعنوى وإستحضار الصورة الذهنية عن الجنس لذكاء الرغبة والاثارة.

والسادية قد تؤدى وظيفتها، هادفة إلى إسترداد صورة الذات المنهارة، وذلك عن طريق أساليب مشابهة للنشاط المازوخى، وربما يرى السادى أنه يحقق ذاته من خلال ما يحدثه من

ألم شديد بالآخرين (Stolorow, R. 1975, p. 446). ونحن إذ نتفق مع هذا، نتفق أيضاً مع ما جاء به (فرويد) و (كولان) من أن السادية عندما تتغلب على الحياة الجنسية للفرد بأكملها، فإنها تستقل بنفسها وتصبح شكلاً من أشكال الإنحراف، وقد تظهر على شكل غريزة فرعية غالبة.

فالسادية تعبر عن جانب كبير من القسوة فى نفس الانسان، إن لم يجد مخرجاً لها فى العالم الخارجى، فإنها ترتد إلى صاحبها، تغذية، كما فى الحالات المرضية التى تبلغ مداها فى الانتحار (سيجموند فرويد، ١٩٨٠، ٩٢، ٩٣). وجنسياً، فإن السادية تنشأ من الخبرات الأولية التى ترتبط فيها الإثارة الجنسية بالإصابة بالألم (coleman, J, 1956, p. 384).

وإذا كانت تلك هى طبيعة السادية ودينامياتها، ترى ماذا تكون السادية لدى المقامر؟

السادية لدى المقامر:

يرى الباحث : أنه عندما تواجه مقامراً فإنك تشعر فى كل لحظة بأن جذور السادية متأصلة فى أعماق وجوده، فهو أنانى، حاقد، ثائر، منتقم، كذاب، يسعد بشقاء الآخرين وإيلامهم، يود لو يفتنى العالم كله ويخلق فى ضباب العدم، فالسادية تنشب أظافرها الحادة المريضة فى كيانه، وأنه لوجود سادى، ويعرف أنه سادى، وكل ما يشغله هو كيف تصل هذه السادية للآخرين، وكيف يتسنى له أن ينشر بينهم الشعور بالنقص وخيبة الأمل، والألم والحرمان والملل والخبث الأسود المخيف. وينظر المقامر لنفسه ويجدها محاطة بكل هذه المشاعر التى لا يستطيع مقاومتها.. أو مجرد التفكير فى مقاومتها مما يجعله مضطراً لأن يقبلها كجزء من المنظومة النفسية لديه. فالسادية تدس أنفها فى كل ما يحققه المقامر من أفعال، حتى أننا لا نكون مبالغين إذ قلنا أن أى فكرة أو سلوك أو عاطفة يقوم بها لا بد وأن تحتوى على سادية!

ويشير الباحث إلى أن السادية لدى المقامر، تعبر عن الانفصال والتفكك والتنافر وعدم الانسجام مع الآخرين، بل إن من شأنها أن تحدث ضرب من الانقسام فى الذات أيضاً، وذلك لأن المقامر إذ يواجه ساديته يجد نفسه أمام العديد من الساديات، أو السادية المتعددة، وليس أمام سادية واحد فقط. ورغم تعدد أنماط السادية لدى المقامر، إلا أن هناك رابطة سحرية بين المتعدد فيها، فما تكاد تظهر أحدها إلا وينفتح الباب للأنماط الأخرى للظهور، حتى توجه سمومها وطعناتها الدامية للآخرين. وفى تنوع أنماط السادية لدى المقامر يمكننا أن نشير إلى المازوخية لديه. إذ يجد المقامر فى تحقيق أحقاده وعدوانه وتحطيمه للآخرين نوع من السعادة واللذة، وهو أيضاً يقاسى كثيراً لتحقيق هذه اللذة، ويسعد لأنه يقاسى وأنه موزع الهمم بين المتعدد من السادية، إذ يصبح مشتتاً بين عناصر سادية كثيرة كلها تدخل فى دائرة إهتمامه، والسبب فى تعدد أنماط السادية لدى المقامر، هو أن إرادته المريضة - إن كانت له إرادة - كثيراً ما تختل حركتها لأتفه الأسباب، فينتشر الاضطراب وتعم الفوضى حياته، فلا يجد إلا السادية كملجأ وملأ لإعادة النظام من جديد، فلا تمنحه السادية إلا اضطراباً فوق اضطراب، حتى يصبح ربيب الفوضى، وحليف الإضطراب وباعث الانقسام أو إن شئت فقل (هادم الذات).

إن السادية لدى المقامر تختلط بالكثير من الرغبات التى تشمل على العنف والعدوان والتملك والحياسة والملكية، إن لم يكن الرغبة فى الغزو أو السيطرة أو السيادة وهذه الرغبات لا بد وأن تبوء فى خاتمة المطاف بفشل ذريع، ما دام من المستحيل على المقامر السادى أن يحقق رغبته الأصلية فى تملك الآخر والسيطرة عليه، وسادية المقامر تضعنا وجهاً لوجه أمام علاقة المقامر بالآخرين، تلك العلاقة الشاذة المريضة.

فيشير الباحث إلى أن سادية المقامر توضح أن علاقته بالآخر، علاقة تنعدم فيها النزاهة، وتمتلى فيها الأغراض، التى تحاول أن تلغى ما لدى الآخر من قيم، ومع ذلك فهى ليست علاقة ثنائية، فدائماً ما يكون هناك طرف له مركز الثقل، وهو الطرف السادى، فليس هناك تعادل أو توازن أو مشاركة، وإنما هناك على الدوام إختراق لذلك الآخر، ونرجسية مطلقة تحاول أن تضع الآخر تحت إمرة الذات، فسادية المقامر تعبر عن إتحاد بالنرجسية من أجل العمل دون وعى على تفكك الشخصية - ونقول (تفكك الشخصية) لأن البعض قد يتفهم أن نرجسية المقامر هى تضخم الإحساس بالشخصية، لكنها فى الحقيقة إنحلال وتفكك لتلك الشخصية، صحيح أن النرجسى (يحب ذاته) لكن بطريقة خاطئة وفاشلة، فالنرجسى وإن صح التعبير (مشغول بذاته) دون أن يكون وراء هذا السلوك أى حب حقيقى للذات، فى حين أن حب الذات لا يمثل أى صورة من صور النرجسية، فلو كان المقامر بالفعل يحب ذاته لأحب الآخرين. وتبعاً لذلك فالإنسان العاجز عن حب نفسه، عاجز أيضاً عن حب الآخرين، وهو حال المقامر السادى.

ويرى الباحث أن المقامر واهم ولديه تضخم فى الأنا وورم خبيث فى الفكر، إذ يعتقد أن السادية تحقق له الغلبة والمقدرة على الآخرين (وهو ما يعرف بوهم القدرة على التحكم) وهو فى ذلك نوعان :

١ - مقامر يعتقد أنه لا يختلف عن الآخرين كثيراً، وهو نوع نادر.

٢ - مقامر يعتقد أنه أفضل من الآخرين على الإطلاق.

وهذا الأخير جعلت منه المقامرة ذاتاً مريضة سادية متقطعة العلاقة مع الآخرين، إذ أن الآخرين لا يتحملونه مرتين : مرة لأنه مقامر، ومرة لأنه مغرور وواه، لذا نستطيع أن نقول أن الإنسان وإن كان (ينمو) فإن المقامر على العكس من ذلك (ينتفخ) .

فعلاقة المقامر بالآخرين علاقة قوامها السادية، وقد أدى ذلك لأن يصبح لديه (علاقات شخصية) وليس لديه (أصدقاء)، ومهما إمتلك من الأشياء يرى أن الذى يملكه ليس شيئاً، والذى يملكه الآخرين هو كل شئ، ومع ذلك قد لا يضايقه أنه يملك القليل، بقدر ما يضايقه أن الآخرين يملكون أكثر منه، حتى أصبحت القاعدة الأساسية للمقامر فى علاقته بالآخرين مؤداه: (أن تسعد وتملك الكثير.. فهذا حقك، لكن أن يكون أكثر منى.. فذاك حقدى).

ويقع المقامر السادى فى علاقته بالآخر، فى تناقض أليم وشاذ، فهو حاقد وعدوانى على الآخر، سواء كان هذا الآخر واقعى أم متخيل، وهو مع ذلك بحاجة إلى هذا الآخر، شريطة أن يكون أحط منه قدرأً وقيماً ونزاهة وشرف! وبعد هذا كله نجد أن الذى يؤلم المقامر أن هذا الآخر لا يدرك ما يؤله!

والسادية رهينة بطبيعة الموضوع الذى ينجح أو يفشل المقامر فى تملكه والسيطرة عليه، وليس معنى ذلك أن الموضوع السهل الذى يذعن لرغبة المقامر دون أدنى جهد أو مشقة، هو الذى يثير إهتمامه، فهذا الموضوع قلما يحقق للمقامر ساديته ومن ثم الشعور بالرضا والاشباع، لأنه موضوع لا يثير لديه النزوع نحو السيطرة والتملك أو الرغبة فى الغزو، وبالتالي سرعان ما ينصرف عنه المقامر لكى يبحث عن الموضوع الصعب الذى يمكن أن يثير طاقته وأن يشبع لديه الشعور بالكسب أو التملك ومن ثم السادية. فالمقامر يجد نفسه مدفوعاً من قبل ساديته بالسعى وراء الموضوعات القوية المنبئة التى يشعر أنها قديرة على الرفض، والتمنع، وكأن حرية هذه الموضوعات المتعددة هى وحدها التى تثير السادية وتجذب المقامر نحوها، وبقدر تمرد وتمنع وتعذيب الموضوع، بقدر ما تكون سادية المقامر عليه شديدة بعد - أو أثناء - إمتلكه. وفى ضوء ذلك نستطيع أن نقول : أن المقامر لا يهدف من خلال العلاقة بموضوعه إلى الاتحادية، بل إخضاعه والسيطرة عليه، وكأنما هو يحاول أن يخلقه من جديد!

وتبدو سادية المقامر فى أكثر صورها وضوحاً فى عدم قدرته على التساهل والتسامح حتى مع أقرب المقربين إليه، وتبدو أيضاً فى الغرام الشديد بإيلاام الغير حتى وإن كان هذا الألم لا يعود عليه بالفائدة. ويجب ألا نحمل المقامر المسئولية الكاملة لهذه السادية، بل إن جانب منها يعود لطبيعة التفاعل النفسى والاجتماعى بين المقامرين أنفسهم، هذا التفاعل الذى لا يتم إلا فى جو من ضرب الإستقرار النفسى لكل فرد وهدم كل مقامر للآخر.

ولو أن الأمر وقف عند حد هدم الآخرين والتلذذ بعذابهم، لهان الأمر، لكن الأهم هو أن بين قيم المقامر من الصراع ما يوطد السادية لديه، فكل قيمة لديه تعمل وكأنها وحدة مستقلة بذاتها، ولا تقيم وزنا لما عداها من القيم، فتجد المقامر يلعن المقامرة ويبغضها، لكنه يتمسك بها ويطوق اليها وتجد المقامرة تضيعة لكنه يؤكد ذاته من خلالها، وبالرغم من أنه تأكيد وهمى إلا أنه يحقق له الاستقرار!

وقد يرى المقامر أن ما يعانيه من صراع، شأنه شأن أى صراع، يثقل الذات ويدفع بالحياة للأمام. صحيح أن الصراع قد يؤدى لإيجابية الحياة، وثقل الذات لكننا نرى أن المقامر لا يترك الصراع على ما هو عليه، بل يفسح المجال إليه، وذلك لأنه يعيش الفوضى ويشعر بلذة سادية فى تضارب الواجبات وتعارض القيم والمعايير، حتى يتذوق عذوبة الصراع.

وكأن السادية لدى المقامر هى تعبير عن المازوخية، وتعبير عن جوانب النقص وقلة الحيلة وجنون الأفكار وتداخلها، وهو ما ينقلنا إلى الحديث عن المازوخية لدى المقامر، من خلال تناول التعريفات المختلفة للمازوخية، وطبيعتها الدينامية، وهو ما نعرض له فيما يلى :

تعريفات المازوخية:

تعريف عبد المنعم الحفنى:

هى إنحراف جنسى يتلذذ فيه المرء بما ينزل به من الألم، وهى سمة الأفراد الذين يستجلبون على أنفسهم سوء المعاملة والمذلة والمعاناة، بقدر ما هى توحد وتعين بالشريك السادى، أو هى تخفف من الذنب بتجربة الألم والعقاب فى وقت واحد مع اللذة، أو هى إستجلاب الشهوة بممارسة الخضوع ارضاءاً لشخصيات قوية فى مكان السلطة، أو ممارسة لغريزة الموت. (عبد المنعم الحفنى، ١٩٩٤، ٤٥٥)

تعريف محمود حمودة:

هى الحصول على الإثارة الجنسية من خلال تعرض الفرد للإيذاء البدنى، كالإجهاد الجسمى، وتقييد الحركة، وتغطية الوجه، والصفع على الوجه، والصعق بالكهرباء والوخز بدبوس، والمشاركة فى أنشطة تهدد حياته، بجانب الإيذاء النفسى كالإهانة والسب، والرغبة فى أن يعامل كطفل عاجز (محمود حمودة، ١٩٩١، ٣٨٩) .

تعريف روبرت كامبل:

يعرف كامبل المازوخية طبقاً لتعريف (كرافت إيبينج) على أنها إنحراف نفسى جنسى تتفاعل من خلاله أفكار ومشاعر الفرد جنسياً، عندما يصبح كلية، تحت إرادة وتصرف شخص من الجنس الآخر، بحيث يعامله معاملة سيئة ، مذلة، يمثل هو فيها دور السيد. (Compbell, R. 1989. p. 426)

تعريف بوتزن وأكوسيل:

المازوخية: إشباع جنسى من خلال المعاملة السيئة المتمثلة فى إنزال الألم والعذاب بالذات . (Bootzin, R. Acocella, J, 1988, p. 333)

تعريف جيرسا وكراشيلو

يعرفها جيرسا وكراشيلو طبقا لما يراه (فرويد) من أن المازوخية إنحراف جنسى يرتبط بعُدوانية مرضية وحسد القضيب، وعمليات التثبيت، بقدر ما يرتبط بالمرحلة الأوديبية وقبل الأوديبية، (Jersa, B Craciolo, M. 1988, P. 160)

تعريف آرثر ريبير:

المازوخية : هى الاتجاه نحو تدمير، وإيلام، وتعذيب الذات، وتشمل المازوخية الجنسية، وفيها يحصل الفرد على اللذة من خلال المعاملة السيئة، والمازوخية الأخلاقية التى تشير إلى إيذاء الذات لاثارة الاحساس بالذنب، والمازوخية الجماهيرية هى ما يشير إلى إستسلام العامة من الشعب لمشاعر الألم والعذاب، والمازوخية النفسية هى أى نوع من أنواع التدمير والعذاب الموجه نحو الذات. (Reber, A, 1987, P. 419).

تعريف أحمد عزت راجح :

إنحراف لا يجد المنحرف فيه لذة جنسية إلا إذا أنزل به عقاب جسمى أو معنوى من شريكه. (أحمد عزت راجح، ١٩٨٧، ٥١٩).

تعريف بيبجتون :

إشباع جنسى يتضمن المذلة والاستسلام والخضوع، سواء كان ذلك على مستوى خيالى أو واقعى لأفعال قاسية أو لقوة شخص معين (Bebbington, p. 1979, p. 766)

تعريف أوليفن :

المازوخية هى الاشباع الجنسي من خلال الايذاء والألم، التى تصل لحد الإهانة مع الطرف الآخر، وذلك من خلال مجموعة من الأنشطة العدوانية الموجهة نحو الذات. (Oliven , J. 1974, p. 475)

خلاصة وتعقيب:

تتعدد تعريفات المازوخية وتتنوع، ورغم ذلك نستطيع أن نقول أن كل هذه التعريفات يمكن أن نردها لتعريف واحد يشمل على 'بعدين':

١ - النزعة التدميرية للذات

٢ - الحصول على اللذة من خلال الألم.

وترى التعريفات أن إيلايم الذات قد يكون إيلايم مادي، كما هو الحال فى الألم الجسمى، أو إيلايم معنوى، كما هو فى الإهانة والسب والتقليل من شأن الذات. ويجب أن نشير إلى أن المازوخية لا تقتصر على الجانب الجنسى فقط، بل تتعداه لتشمل جوانب سلوكية أخرى كثيرة، صحيح أن الأصل فى المصطلح يرجع إلى العمليات الجنسية، لكن كثيراً ما نجده فى سلوكيات الفرد وبأشكال متعددة من السلوك.

ويشير الباحث إلى أن المازوخية فى علاقتها بالجنس، تختلف تماماً عن المازوخية فى علاقتها بالسلوكيات غير الجنسية، رغم أن الطريقة واحدة، وهى إلحاق الأذى والألم بالذات، وفيما يتصل بالجنس يرى الباحث أننا لا يمكن أن ننظر للمازوخية على أنها مرض أو حتى إنحراف إلا فى حالة أن تصبح المازوخية هدفاً فى حد ذاتها، وليست مجرد وسيلة لغاية، فكثيراً ما تكون السلوكيات المازوخية فى الجنس تعبيراً عما هو متعارف عليه، خاصة لدى المرأة إذ رسخ فى ذهن الكثير أن الجنس لا يعبر عن حالة التوازن أو التساوى، فلا بد لطرف أن يكون هو المسيطر والغالب والباعث على الألم، ذلك الألم الذى قد يمثل الاسم الحركى للأنوثة أو الذكورة عندما يكون فى جانب أحدهما، وقد تستخدم المازوخية كنوع من الشحن النفسى والتحضير للفعل الجنسي، فهى ليست إشباع جنسى كما يعتقد البعض، ولا تكون كذلك إلا فى الأحوال المرضية النادرة، عندما تحل الرغبة فى إيلايم الذات وسحقها محل الرغبة فى الجنس ذاته.

وفيما يتصل بالمازوخية غير الجنسية، فهى تعبر عن حالة من إنقسام الذات حيث يصبح المازوخى، القاضى والجلاد معاً ضد ذاته، فى محاولة للتخلص من ألم الشعور بالذنب، ويرى الباحث أن المازوخى يتلذذ بألم ذاته، لأن العقاب لذاته يخفف عنه ألم الشعور بالذنب، وذلك

الألم الذى لا يستطيع أن يواجهه، فهو على إستعداد لمواجهة آلام ذاته، دون أن يقوى على ألم الشعور بالذنب، وذلك لأن لديه (أنا أعلى) شديد الصرامة، وفى الوقت ذاته (أنا) سادى يلهب ظهر بسياط الألم.

وفى ضوء ذلك فإن المازوخية بهذا المعنى لا تقف عند حدود الانحراف الجنسى الذى يحصل فيها الفرد على اللذة الجنسية من إيقاع الألم بنفسه، وإنما يتسع مداها ليشمل الحصول على اللذة من التعرض للإذلال أو التوبيخ والوقوع تحت السيطرة أو الانجراح، بقدر ما هى إنقلاب النزعات السادية إلى الداخل ضد الذات، لذا فهى أكثر تعقيداً، ذلك أن الألم هنا يجلب اللذة، بل ويناضل من يعانون من مثل هذا الانحراف من أجل الحصول عليه. (حسين سعد الدين، ١٩٩٥، ١٣).

طبيعة وديناميات المازوخية:

يرى الباحث أن المازوخية شأنها شأن السادية، فكلاهما إهتمام شديد بالذات وإن كانت المازوخية تكلف الذات أكثر ما يجب فذلك لأنها إحساس غير طبيعى، وإحساس عكسى مثل حركة الأجسام ضد الجاذبية الأرضية، تحتاج لقوة إضافية وتستهلك طاقة نفسية أكثر والسادية والمازوخية نمو يمتد دائماً، إلى أسفل، دون أن يرتفع درجة واحدة. وهما بذلك يتغذيان على ذات الفرد ويحصرانها فى رغبة واحدة فقط «اللذة المريضة» فتتحول الذات إلى كراهية وغيرة وإنتقام وتنغلق على نفسها، فتصبح شديدة الحرص على مصالحها شديدة البخل بحبها، شديدة الندم على أن يفوتها شئ، قليلة الصبر على خذلانها.

وإذا كنا نتحدث عن المازوخية من خلال (أشكال) متعددة، فإن مصطلح أشكال قد يكون غير موفق، لأن المازوخية فى النهاية فعل واحد وغاية واحدة، وإن كنا نستخدم مصطلح أشكال، فإن ذلك بغرض الفهم، لكن المازوخية من الناحية الدينامية هى شكل واحد يتمثل فى تدمير الذات، وفى ضوء ذلك نجد العلماء يتحدثون عن المازوخية: الأولية، الشبقية، الأنثوية، الأخلاقية، المثالية، الثانوية، اللفظية، الجماهيرية، الاجتماعية، والتخريب المازوخى، أو المازوخية الأولية Primary Masochism فهى النزعة لتدمير الذات، وهى نزعة توجد لدى الفرد منذ وقت مبكر من حياته، وبدلاً من أن يتجه التدمير للعالم الخارجى يرتد إلى الذات، والمازوخية الشبقية Eroto-genic Masochism هى التى تعبر عن ألم الشهوة الجنسية، والشعور باللذة من هذا الألم، أما المازوخية الأنثوية، Feminine Masochism وهى المرضى من الذكور الذين يشعرون باللذة من الألم والإهانة أثناء اللقاء الجنسى، وذلك لأنهم قد يكونوا متوحدين بامرأة تعاني الذل والألم، وتشير المازوخية الأخلاقية Moral Masochism إلى الميل لعاقبة الذات على ما يلزم بالنفس من رغبات محرمة لا شعورية تجاه الأبوين نظراً لكونها رغبات جنسية غير مقبولة شرعاً أو عرفاً، أما المازوخية المثالية ideal Masochism هى عدم الشعور باللذة فى الألم الجسمى، بقدر ما يشعر بها الفرد فى الألم النفسى، وإذلال الذات، وتعتبر المازوخية الثانوية Secondary Masochism عن ارتداد السادية ضد ذات الفرد، فبدلاً من أن تتخارج السادية إلى العالم الخارجى، إرتدت إلى الذات، فأصبحت مازوخية (ثانوية) وتعتبر المازوخية اللفظية Verbal Masochism عن رغبة الفرد فى سماع الألفاظ

المهينة، التي تكون شرطاً أساسى للإثارة الجنسية أما المازوخية الجماهيرية -Mass Masochism، تعبر عن رغبة الجماهير والشعب فى الخضوع إلى الذل والهوان للحاكم وإطاعة أوامره، وتشير المازوخية الاجتماعية Social Masochism إلى إتباع الفرد لأسلوب الخضوع والسلبية، حتى يتعود على الحرمان ومصائب الحياة، ويعبر التخریب المازوخى -Masochistic sabotage عن السلوك التدميرى الذى يهدف لاشباع الدوافع اللاشعورية لانزال العقاب بالذات (Reloer, A. 1987, p 419) (Campbell, R. 1989, p 427) (عبد المنعم/الحقنى، ١٩٩٤، ٤٥٥)

وتتشترك كل هذه الأشكال المازوخية فى البحث عن الألم والعقاب الذى يمثل مصدراً للمتعة وليس العذاب، كما أنه عامل أساسى فى ظهور الإثارة والتشويق، ويعمل على إزالة التوتر، وينظر المازوخى إلى الألم باعتباره العامل الاساسى فى حماية موضوعات الحب من الإنهيار، ومن ثم يحافظ على نرجسيته، كما أن خبرة الألم فى المازوخية تمكن الفرد -خيالياً- من السيطرة على الأمور وشتى الموضوعات (Grossman, W, 1991, p 34). وتوضح نظرية التحليل النفسى أن المازوخية تظهر لدى الفرد نتيجة تعرضه لاحتكاكات شديدة فى الطفولة (Finell, J. 1992, p 261) وذلك عندما يتحول ميكانيزم (التوحد بالمعتدى) إلى عدوان نحو الذات وينتج عن ذلك ظهور نزعات تدميرية تتصل بحاجة الفرد إلى الانفصال (Nakakuki, M. 1994, p. 252) ويؤدى ذلك إلى زيادة لجوء الفرد للعيش فى عالم خيالى والبعد عن العالم الواقعى (Jack, N and Kerry, N, 1991, p. 160) فتسيطر الأوهام والخيالات المازوخية والتي تكون بمثابة ميكانيزم دفاع لتعويض الخسارة التى تكبدها الفرد خلال مروره بالخبرات الصادمة المحبطة (Katy, R. 1992, p. 12).

ويشير (ساشاناخت) إلى أن المازوخى لم يستطع قط أن يتغلب على الخيبات الأولى للحياة الطفلية، ومن هنا كانت حاجته الدائمة والأكثر إلحاحاً من حاجة أى شخص آخر إلى أن يحب. إلا أن هذه الحاجة تختلط لديه بحاجة إلى الألم، فهو يرفض الحب بدون ألم، بل ويطرحه جانباً، أو يحوله إلى ألم. وهو يعمل دوماً على إستثارة الخيبة، لأنها تسمح له أن يعيش الحب فى الكراهية، والكراهية هنا متغلبة عليه هو وذاته، إذ أن الرابط الليبىدى بموضوع الحب (وبالتعميم جميع الروابط الوجدانية) مجدول بوجه خاص من الكراهية، ولكنها كراهية تسلك دوماً الطريق نحو ذاته، وكأن موضوع الحب أو موضوعاته تتأدى به إلى أن يحب ذاته عن

طريق كرهه ذاته. (ساشاناخت، ١٩٨٣، ٨٩) ومن ثم فمشاعر الإثم غير السوية وغير المحتملة تولد لديه الحاجة إلى العقوبة والتكفير عن آثامه، فوجدانات الإثم غير السوية واللاشعورية فى طبيعتها تعتبر أقصى أنواع وجدانات الإثم تأثيراً على الفرد، وهذه الوجدانات لا يشعر بها الفرد، ولكنه يجد نفسه مدفوعاً بها إلى أفعال وتصرفات يمكن أن تؤدى إلى هلاكه (سيجموند فرويد، ١٩٨٢، ٨٠) ويرجع ذلك إلى الإحساس بالذنب الذى يجعله يعرض نفسه للعقاب من الآخرين (إنتصار يونس، ١٩٨٧، ٣٤٣)، ويرى (سايمونز) أن المازوخية عقلية شعورية فى جميع مراحل النمو، حيث تبدو المتعة بالنسبة للفرد فى إحداث الألم بنفسه، ولكن شعورياً، وكذلك فى إزالة الشعور بالألم شعورياً، فالفرد يرى أن وظيفة الغرائز هى تحقيق الرغبة، سواء كانت الرغبة ألماً أم إزالة الألم، فكلاهما يؤدى إلى المتعة وتحقيق الإشباع (Simons, R. 1987, p. 585)

ويرى بعض العلماء أن للمازوخية أهمية كLINIكية من حيث أنها عامل مساعد للتعرف على حالات العصاب (Arnold, R 1991). فنادرًا ما يجد المعالج مريضاً لا يوجد لديه حاجة لاشعورية للبحث عن الألم وتعذيب الذات (Lean, W, 1990, p. 125). ويرى (جروسمان) أن الألم فى بعض الحالات، قد يكون مطلباً طبيعياً للحصول على المتعة، مما يجعل الموضوعات المؤلمة، موضوعات مقبولة، وذلك من حيث العلاقة بالموضوعات الأخرى ذات الأنواع المختلفة، فما يبدو للفرد العادى على أنه لا يؤدى للشعور باللذة، قد يكون باعث على اللذة بالنسبة للمريض، حتى أن الموضوعات غير المقابلة للذة من جانب معين، قد يكون لها لذة من جانب آخر، كذلك هناك دوافع معينة تؤدى للألم الذاتى فتعمل على التحكم فى العمليات العدوانية، ومثل هذا التحكم قد يجعل الفرد يفوز بموضوع الحب ويتحكم فيه، ومن ثم يشعر باللذة، وقد تبدو لنا الأشياء مؤلمة، لكن تبدو لدى الآخرين باعثة على اللذة، وخاصة فى العمليات الجنسية، كما أن الموضوعات التى تبدو فى ظاهرها خداعة وعدوانية، تثقل نحو الذات بسبب الحب أو الخوف من فقدان الموضوع أو التهديد بالخوف من أشخاص ذى قوة، ولأن هذه المخاوف تكون داخلية، وتتمثل فى العلاقات الشخصية، والتوحد مع الشخص المهدد الذى يوجه العدوان نحو الذات، وهذا نموذج لتكوين الأنا الأعلى، وهناك معانى كثيرة للشعور بالألم، باعتبارها مصدر للتحييل والمناحة للذة فى وقت لاحق، وتختلف هذه المعانى حسب خبرة كل فرد، خاصة فى مراحل الطفولة الأولى (Grossman, W. 1991, p. 34-35)

المازوخية لدى المقامر:

يرى الباحث أن المقامر مازوخى، يتعذب بالمقامرة، ويتعذب أكثر كلما أخلص لها أو تخلص منه، وبين هذا وذاك يظل فى هدم نفسه ما دام قادراً على تذوق الجمال فى المقامرة، فهو يعيش بالقيود ويموت بالحرية، وسواء أعطته المقامرة أو لم تعطيه، يسعده دوماً أنه ذليل لها، وهو إذ يبغضها تجده متعلق بها، مثله كالخنزير يعيش المشى فى الوحل، وتبدو مازوخية المقامر فى أوج صورها فى تضاعف متاعبه من تحقيق رغباته.

وما أصدق عبارات الشاعر الفرنسى (فرانسوا فيلون) إذ يقول:

«لا أثق إلا بما هو غير أكيد، فالأشياء الواضحة هى بالنسبة لى غامضة، ولا تريبنى إلا الحقيقة، ولا أستمد معرفتى إلا من صدفة عمياء، فإذا ربحت كل شئ فسأتقاعد مع الخاسرين»
(فخر الدباغ، ١٩٨٦، ٥٤).

ويشير الباحث إلى أن المقامر يجعل من المازوخية رهنا بالبقاء إلى جوار المقامرين دون أن يكون فى وسعه أن يخالف أنا أعلى سادى، شديدة القسوة إذ لا يجزئ على مخالفته سواء فى التفكير أو الوجدان أو السلوك وفى ذلك يشير (فرويد) إلى أن الأنا الأعلى أصبح سادياً، فأصبح الأنا مازوخياً، أى أنه أصبح فى أعماقه سلبياً بطريقة أنثوية، ويتطلب العقاب، مما جعل الأنا يقدم نفسه، من ناحية كضحية، ومن ناحية أخرى يجد الاشباع فى سوء المعاملة التى يلاقيها من الأنا الأعلى، أى فى الشعور بالذنب (فرويد، ١٩٧٥، ١٠٥).

ويرى (فرويد) أن المقامر مازوخى، ولا يرغب فى الفوز، بل إنه لا شعورياً يرغب فى الخسارة، فالمقامر يريد دوماً أن يعاقب والديه، مما يبعث فى نفسه الشعور بالذنب على ذلك، فيصبح المقامر متناقض الوجدان ما بين الرغبة فى عقاب الوالدين والشعور بالذنب على ذلك، وبدلاً من أن يتجه العقاب للوالدين يتجه نحو ذات المقامر، وتلعب الخسارة هنا دور المعاقب للمقامر على مشاعرة السلبية نحو الوالدين، خاصة الأب، وإن كان الأب متوفياً، فإن الخسارة تعاقبه أيضاً على وفاة الأب، وهو ما يطلق عليه فرويد (المازوخية الأخلاقية) Moral Masochism ويرى فرويد أيضاً، أن المقامرة يمكن أن تفسر فى ضوء المازوخية الأنثوية Feminine Masochism حيث تعبر الخسارة بطريقة رمزية عن فوز المقامر

بحب والده الذى يكافئة على إخلاصه وفناءه، وعلى ما لحق به من ألم، فالخسارة هنا تساوى الحب، فمعنى الخسارة أن تعانى شيئاً، وما الحب إلا نوعاً من المعاناة، إذن، خسارة = حب. (Jackie, f. et, al. 1999, p. 13)

ويتضح ذلك من خلال تحليل فرويد (لديستوفسكى). وهو قبل أن يكون أديب عالمى ذاع صيته فى مجال الأدب، كان مقامراً من الدرجة الأولى، حتى أنه ألف رائعته «المقامر» (١٨٦٦) وقام فرويد بتحليلها أيضاً عام (١٩٢٨). فلم يكن أديبنا يكف عن اللعب حتى يخسر آخر ما يملك من النقود، وعندما كانت خسارته تسلمه الى الفاقة، كان يستمد من ذلك لونا من اللذة المرضية، فيجهر أمام زوجته بخسته ودنايته ويوعز إليها أن تعنفه وتحقره، ثم يعود إلى سيرته فى اليوم التالى، وقد إعتادت زوجته هذا الأسلوب الغريب من زوجها، ووطنت نفسها على الصبر، فقد لاحظت أن زوجها لم يكن يحسن الكتابة، مثل ما كان يحسنها بعد أن يفقد آخر ما يملك، فكان إنتاجه الأدبى يصل إذ ذاك إلى أوج الروعة.

فقد كان (ديستوفسكى) يعانى مشاعر الإثم المرضى، فإذا ما أشبع رغبته فى عقاب نفسه، بما كان يخسر، كانت تزول عنه غمة الإثم، فيسمح لنفسه إذ ذاك ببعض النجاح. إذن: المقامر يستهدف الخسارة تكفيرا عن شعوره بالإثم (مصطفى زيور، ١٩٨٦، ٣٢٨).

إن مقامرة (ديستوفسكى) كانت نوعاً من الهوى المرضى، فكما يحدث مع العصابين، إتخذ عبء الذنب لديه شكلا ملحوظا كعبء الدين، حتى أدرك الحقيقة القائلة: القمار لأجل القمار نفسه، اللعب للعب، وكل تفاصيل سلوكه اللامعقول الاندفاعى تظهر هذا، وتظهر أكثر منه، فلم يكن يستريح حتى يفقد آخر ما يملك، فكان القمار بالنسبة له طريقة أخرى لمعاقبة الذات. ويرى فرويد أن النوبات الصرعية التى كان يعانى منها (ديستوفسكى) ما هى إلا نوع من العقاب له للتخفيف من الشعور بالذنب تجاه أبيه، والدليل على ذلك أن هذه النوبات الصرعية، إختفت عندما إبتعد عن الأب بالنفى إلى سيبيريا فلم يعد بحاجة إلى عقاب عن طريقة النوبة الصرعية، إذ أن هناك عقاب آخر يتمثل فى النفى، ويؤكد فرويد فكرته من أن المقامر يرغب فى الخسارة، وأن المقامرة لديه تعبير عن التخفف من الذنب - يؤكد فرويد ذلك بما جاء على لسان (ديستوفسكى) قائلاً:

«أقسم أن الشرّة للمال لا شأن له عندى باللعب، رغم أن الله يعلم أنى بحاجة إلى المال»
(سيجموند فرويد، ١٩٧٥، ١٠٧، ١١٣).

ويرى (فرويد) أن المقامرة تعبير عن التمرد على السلطة والعصيان وتحدى الاقدار، وقد عبر (ديستوفسكى) عن ذلك فى قصته (المقامر) فقال: (لقد ربحت فى خمس دقائق أربعمائة قطعة من الذهب، وكان يجب على أن أترك مائدة القمار إذن، ولكن شعوراً غريباً بأن أنحدى القدر قد غمرنى، وكأنى قد أردت أن أصفع القدر على وجهه) وغنى عن البيان أن من تلقى الصفة هو ديستوفسكى عندما خسر ما كسب وما كان يملك، إن رموز القدر والحظ تثير فى ذهن المقامر صورة الوالد وسلطته، ومن الطبيعى أن عصيان الوالد والسخرية منه وامتهان سلطانه، أمور تثير بالضرورة شعوراً بالأثم عظيماً يستوجب العقاب بالتعويض للخسارة على موائد القمار، فالمقامر يستشعر أثناء اللعب إنفعالات معينة هى مزيج من القلق والبهجة والاهتياج تجعله يعشق اللعب ويظن أن أن مبعثها المخاطرة، ولكن الدليل يقوم لدينا على أن هذه الإنفعالات من نوع إنفعالات الغريزة لدى المراهق، فالمقامرين مراهقين من حيث النضج العاطفى وليس من حيث السن، فقد توقفت حياتهم الغريزية عند التثبيت بملذات الطفولة، فهم لا يجدون متعة إلا فيما يستمتع به المراهق، فضلاً عن ما يتضمنه ذلك من تحدى لنواهى الوالد، والمثال التالى يوضح ذلك :

شاب كان كلما إضجع فى فراشة بعد الظهر، أسرع ضربات قلبة وتصيب عرقه وأحس حراره وإرتعاشاً فى أطرافه، ثم إعتاد بعد ذلك لعب القمار، فاخفت هذه الاعراض، ولما إضطر إلى الإمتناع عن لعب القمار عادت إليه أعراضه، وقد تبين أثناء التحليل أنه عندما كان مراهقاً كان يأوى إلى فراشة بعد الظهر ويطلق لخياله العنان مدفوعاً بغريزة المراهق، وينشط فى ذلك نشاطاً كبيراً، ثم إمتنع عن ذلك خوفاً على صحته، ثم ظهرت عليه بعد ذلك أعراض إرتعاش اليد وسرعة ضربات القلب كلما أوى إلى فراشة بعد الظهر، فلما إعتاد لعب القمار وتحسس الورق أو هز الزهر فى يده، إختفت أعراضه.

(مصطفى زيور، ١٩٨٦، ٣٤٢)

وقد طور (ببرجلر) فكرة فرويد عن المقامرة، ورأى أيضاً أن المقامرة شكل من أشكال المازوخية فلدى المقامر ميل عصابى لأن يخسر فالهدف هو الخسارة وليس المكسب، ويخبرنا

(بيرجلر) بالآلا ننخدع بأقاويل المقامرين من أنهم يلعبون من أجل الإثارة أو الهروب من المشاكل ، فالقضية برمتها ترجع للطبيعة المازوخية لديهم ، ويؤكد (بيرجلر) ذلك بقولة (إذا كان المقامرين يقولون أنهم يلعبون من أجل الفوز، فلماذا يستمرون فى المقامر برغم خسارتهم المتكررة ، وإذا كانت المقامرة من أجل الإثارة فلماذا كل هذه التكاليف الباهظة).

(Bergler, f, 1970 , p 22)

فالخسارة اللاشعورية للمقامر سلاحه نحو تحطيم ذاته (إنتحار بطئ) أو تأكيد ذاته بالرفض والتحدى لسلطة الوالدين أو من يمثلها أثناء الطفولة) فالمقامر المرضى لا يريد المال بقدر ما يريد التمتع بنشوة اللعب والاستئناس بالاذى والألم عن طريق التعامل مع الصدف ، والخسارة المتكررة ، وخسارته اليوم أو ربحه لا تعني لديه أي شئ ، فهناك الغد .. وبعد الغد .

كان أحد المرضى يراجع طبيبه النفسى ثلاث مرات فى الأسبوع للعلاج ، ورأى مرة إثنين يقامران فى عربة القطار ، وكان أحدهما يغش فى اللعب ويربح، وعلى الرغم من تأكيد صاحبنا من ذلك، فقد أغراه اللعب واستأسد فيه الداء ولعب مع الغشاش ذاته وخسر بالطبع . وعلى هذا الاساس لا يتوقف المقامر اذا ربح ، وهو البرهان على أن المقامر لا يمكن أن يكون ثريا عن طريق القمار ويقول مدير كازينو فرنس شهير المقامرة : (لولا إستمرار المقامر على اللعب، لما ربحنا نحن أي شئ اذا أن ربحنا نستمددة من عدم توقفة عن اللعب سواء ربح أو خسر) والمقامر ان يشعر بالاثم ويستمر فى تحطيم ذاته لتحفيف هذا الشعور ، فانه يجمع بين اللذة والألم، بل هو يبحث عنهما فى اللعبة، وإثارة اللعبة ونتائجها هي مزيج من الإثنين : اللذة والألم ، وهما وجهان للمرض أو ثنائيتة ، وبالرغم من ذلك فهي كما أوضح فرويد تحدى للأقدار أو كما كان يعترف مقامر (ديستوفسكى) .. كانت رغبتى الغريبة أن أتحدى القدر .. أن أوجه لكمة على أنف القدر ، وبرز له لسانى إستهزاء (فخرى الدباغ ، ١٩٨٦ ، ٦٠ - ٦١).

يرى الباحث أن الشجنات الوجدانية المازوخية لدى المقامر تتطابق تماماً مع إنفعالات النشوة والسرور، وذلك رغم ما تنطوي عليه من معاني الألم والعذاب وهى بذلك تنطوي على معنى واحد، (التناقض الوجدانى) فهي مزيج من اللذة والألم و النشوة والعذاب والشقاء مما يجعلنا نقول : أن عذاب المقامر هو مصدر سعادته!

ويشير الباحث إلى أن مازوخية المقامر هي تعبير عن (نرجسيته) ، ولكي ندرك ذلك لابد أن نفترق أولاً بين اللذة والألم، فاللذة بطبيعتها تجعل الإنسان يستسلم لها وربما ينسى ذاته فيها ، فيتخلى عن أناه في أثناءها ، في حين أن الذات ما تكاد تشعر بالألم حتي تقبع في داخلها وتنطوي على نفسها، من هنا نستطيع أن نقول أن الألم - والألم وحدة - هو ما يتيح للمقامر الفرصة لأن يلتقي بنرجسيته ويقبع في قوقعة ذاته ، فرغم قسوة الألم إلا أنه الفرصة الوحيدة للإلتقاء بالذات من جديد، وهو ما يتمناه المقامر دائماً ، وذلك لأن من طبيعة الألم أنه خبرة لا يشراكة فيها أحد . وتبدو مازوخية المقامر المغلقة بنرجسية مفرطة في (الانتحار)، فقد يتوهم البعض أن إنتحار المقامر هو كراهية للذات وليس نرجسية ، ولكننا نرى أنه منتهى النرجسية ، إذا ينحر المقامر العالم من حولة قبل أن ينحرة! اذا ينتحر المقامر حتي لا يعطي لذاته الفرصة في أن يشعر بالندم .

ويشير الباحث إلى أن مازوخية المقامر تبدو في تلذذة بالألم ، وفي إدراكه أن ما يشعر به من عذاب هو حادثة فريدة ، فالمقامر يدرك تماماً أن ألمه فريد في نوعه، شاذ في حدثه، وأن ما يشعر به من عذاب هو حالة خاصة ، كما أن ذاته هي الأخرى ذات فريدة، فترة دائماً يردد ما يعبر عن ذلك في كلمات مؤلة تسعده فيقول: إتركوني وشأني ، دعوني وحدي ، إن أحداً منكم لا يستطيع أن يقف على طبيعة ألمي أو صميم بواعثي وحقيقة دوافعي وكأنه يتألم بمنأى بعيداً تماماً عن العالم ومن حولة ، وهذا ما يجعلنا نقول أن المقامر يتعذب من سوء فهم الناس له .. لكنه سوف يتعذب أكثر لو فهموه.

وبري الباحث أن ما يشعر به المقامر من عذاب وألم قد تكون له قيمة إيجابية في نمو وثقل الشخصية، شريطة ألا يوسع المقامر من نطاق هذا الألم وذاك العذاب، وألا يصاحب ذلك، الشعور باللذة ، وأن تكون مشاعر الألم هي مرحلة إنتقالية ، أما وأن ظل هذا الألم وذاك الغذاب شئ دخيل وأساسى في حياة المقامر ويكون له صفة القهر والالتزام ، فذاك هو المرض وتلك هي المازوخية في أوضح معانيها .

والسؤال الذي يطرح نفسه الآن لماذا ترتبط المقامرة بالسادية والمازوخية في آن واحد؟ وهو ما نحاول الإجابة عليه من خلال عرضنا للتكوين السادومازوخى لدى المقامر .. فيما يلي:

البنية السادومازوخية لدى المقامر .

يرى الباحث أن المقامر هو الانسان الوسط الذي يحيا بين السادية والمازوخية دون أن يكون فى وسعة يوماً أن يتجاوز تلك المنطقة الوسطي ، فاذا كان الانسان مخلوقاً من طين ودم ، فان المقامر مصنوع من سادية ومازوخية ! فكل شئ بالنسبة له يمكن أن يشتري ويباع بالألم ، وهذا ما يجعل المقامرة ترتبط دائماً بالسادية والمازوخية، بحيث يمثل أحد أطراف اللعبة السادية والطرف الآخر المازوخية ، ويرجع ذلك لأن المقامرة (رغبة) والرغبة في طبيعتها العنف والعدوان والامتلاك والتسلط، فالمقامرة تتضمن سادية خفية ومازوخية مستترة ومتبادلة في الآن نفسه، فالظرف الذى يشعر أن الآخر قد استولى عليه ، يحاول أن يمارس هذا الإستيلاء من جانب ، وفى ذلك عدوان خفى ومتبادل .. وإن كان يأخذ شكل اللعب .

والسادومازوخية sadomasochism، هى فعل متبادل بين السادية والمازوخية فى موقف من اللعب المصطنع – (Eysenck, H. 1972, p 112) والسادية والمازوخية ما هى – إلا تعبير عن الدافع الغريزى ، حيث يوجه الدافع فى السادية نحو هدف خارجى ، بينما يتحول الدافع فى المازوخية ضد الفرد (kisker, G. 1972, p223)

ويرى البعض أن كل فرد بداخلة مجموعة من الميكانزمات التي تتصل فيها اللذة بالألم ويتم التعبير عن ذلك بطرق مختلفة بين الافراد فى مختلف المراحل العمرية (soloman, R. 1980, P 694) والفرد السادومازوخى هو الفرد الذى يستمتع بالأوامر والإهانة أو أنه الشخص الذى يقوم بذلك ، وقد يصل الأمر إلى الحد الذى يرغب فيه الفرد بأن يضرب بالسياط أو يقوم هو بالضرب (Haas, k, 1979, p 238) وهذا ما يفسر لنا أن غالبية الساديين يقيمون علاقات مع المازوخيين وذلك للحصول على الإشباع من خلال التعرض للألم (Davison, G. Neale, 1976 . 282) .

فالعنوان إستجابة بشرية خاصة للألم النرجسى ،،سواء كان هذا الألم موجها للذات أو نحو موضوع فى التكوينات السادومازوخية ، وربما يخدم جهود الفرد لتعويض صورة ذاته المحطمة . (stolorow,R. 1975, 446) وغالباً ما تكون هناك علاقة بين صدمات واحباطات الطفولة والسلوك السادومازوخى . (Heryog, 1983 , p293)

إن السادية والمازوخية لدى المقامر وجهين لشئ واحد ، بحيث نجد أن السادية لديه تعبر عن المازوخية ، وكذلك المازوخية تعبير عن سادية ، وكأنه لا يمكن لأحدهما أن يولد إلا من خلال الآخر والخصم اللدود له . والمقامر بذلك لا يستطيع أن يحيا إلا على هذا التقابل بين قطبى الغرائز الجزئية (السادية - المازوخية) بحيث لا يمكن لأحدهما أن يبلغ الصفر فى المائة أو يصل لحالة التمام الكامل مائة فى المائة، وليس هناك مقامر يرغب فى إزالة ما يشعر به من ألم وخسارة حتي يشعر باللذة الطبيعية التي نشعر بها نحن ، لأنه إذ يفعل ذلك، فإنه يحرم ذاته من القدرة على اللذة، كما أنه فى الآن نفسه لا يحرم ذاته من لذة عذاب الآخرين. فالسادية والمازوخية لدى المقامر، دالتان مرتبطتان ولا سبيل إلى فصلهما، مثلهما مثل كفتى الميزان، كل حركة فى إحدى الكفتين من شأنها أن تحرك الكفة الأخرى. وهذا ما جعلنا نقول أن المقامر إذ ينظر للسادية والمازوخية على أنها شر، فانهما فى نظره شر لا بد منه، وذلك لما يمثلانه من صور الإغراء المتعدد الذى يأخذ بمجامع قلب المقامر، فتصبح المقامرة سلوكاً يطيّب فعله، الخسارة فيها وعد بالفوز الكبير، والفوز وعدّ بفوز آخر، وبين الفوز والخسارة ألم للذات وللآخرين ومساومات يبدو فيها البعد عن هذا الألم حليف العسر والشدة والصعوبة، بل والألم أيضاً، فإذا كانت السادية والمازوخية التى يمارسها المقامر هبوطاً لأدنى الدرجات، فإن المقامر يرى أن الهبوط أيسر دائماً من الصمود، والإستسلام أسهل كثيراً من المقاومة والصمود، وهذا ما جعلنا نقول: أنه بالابتعاد عن المقامرة ترتفع درجة وبالاتحاد فيها تهبط ألف درجة.

ويرى الباحث أن ليس ثمة سادية ومازوخية بقدر ما هناك مقامرون سادومازوخيون أو ما يطلق عليه الباحث (لذة الانحراف للارادة السادومازوخية) فالمقامر السادومازوخى هو ذلك الشخص الذى يسعى وراء إيلاام ذاته والآخرين مستشعراً ضرباً من الذهو فى رؤية ذاته والآخرين متألّمين، وكأنما هو يفخر بما يملك من قدرة على إحترقار ذاته والتقليل من شأن

عدوى تنتقل بالاختلاط أو الملامسة فقط، وإنما هى فى الأساس (لذة انحراف للإرادة السادرومازوخية) التى تغوى نفسها بنفسها، فنجد أن المقامر هو نفسه الإثارة والغواية والمال والضغوط والمشاكل، بل إنه هو الشيطان والألف والياء فى دراما المقامرة، وإن كان لا بد أن تحدث الغواية السادومازوخية للمقامر، فذلك لأن بذورها كامنة فى صميم بنيته. فالمقامرة بذلك لا تحدث إلا من خلال ضعف المقامر ذاته. وماذا عسى أن تكون تلك المقامرة إن لم يكن ضعف وإستسلام ولذة الانحراف للإرادة السادومازوخية؟

تعريف النظارية : Voyeurism

تعريف سوسو :

النظارية : عبارة عن حفزات أو تخيلات الاندماج فى ملاحظة أشخاص أثناء نشاط جنسى، أو إختلاس النظر peeping ، وتعتبر النظارية إنحرافا إذا تضمنت أفعالا خطيرة أو إذا حدثت فى ظروف لا يتقبلها المجتمع، وغالبية النظاريين لا يستمتعون بالنظر لأزواجهم أو لمن يقيمون معهم علاقات عاطفية، ويؤدى إختلاس النظر لبدى هؤلاء إلى الشعور بالاثارة الجنسية، والذى يصاحبه فى الغالب إستمناء، والنظارية مثل الاستعراضية، ليس الهدف منها إقامة علاقة جنسية، فمشاهدة الجسد العارى هو الهدف الأساسى، ويظهر ذلك فى مشاهدة الصور العارية فى المجلات الجنسية أو مشاهدة أفلام السينما الجنسية، أو الذهاب لمشاهدة الراقصات فى النوادى الليلية (Sue, S, 1997, p. 309)

تعريف عبد المنعم الحفنى :

النظارية أو التطلع الجنسى : إنحراف جنسى عكس الاستعراضية أو الافتضاحية أو الإظهارية Exhibitionism ، والتطلع الجنسى مشتق من لذة النظر الطفولية، وهى إحدى الغرائز الطفولية الجزئية، والنظارية تحل محل الفعل الجنسى الصريح ، والشخص الميال للنظارية يبحث دائما عن الإشباع بمشاهدة امرأة عارية أو بمشاهدة أشخاص مجردين من الملابس أو فى حالة جماع جنسى، وقد يصحب النظارية ممارسة العادة السرية، والنظارية هى السلوك الجنسى الوحيد عند الخجول أو الذى تعرض لكف شديد، ويرى بعض علماء النفس أن هذا الشخص يسيطر عليه قلق الخصاء ويجد فى النظارية إشباعاً جنسياً دون خطر (عبد المنعم الحفنى، ١٩٩٤، ١٩٩٠).

تعريف حسين عبد القادر :

نزعة غريزية جزئية تقوم على تشبيق الأحاسيس البصرية وعندما تكون مسرفة بشدة فهى تقاوم الانتظار تحت زعامة الانسالية. ومن عادة الأسوياء - كما يذكر فرويد - أن يتوقفوا عند الهدف الجنسى المتوسط، عندما يكتفون بالنظر المصبوغ بصبغة جنسية، وقد يتعالون بالنظارية

فى إتجاه الفن بأشكاله المتعددة، أو البحث العلمى، وقد تصبح النظارية إنحرافاً إذا ما إقتصرت على الأعضاء التناسلية وحدها، أو إذا ما حلت محل الهدف الجنسى السوى بدلاً من أن تكون مجرد تمهيداً (حسين عبد القادر وآخرون، ١٩٩٣، ٨٠ - ٨١).

تعريف بوتزن وأكوسيل

النظارية نوع من أنواع الاشباع الجنسى عن طريق الملاحظة السرية للنشاط الجنسى للآخرين، ويصحب هذه الملاحظة ممارسة بعض الأفعال الجنسية كالعبث ببعض الأعضاء الجنسية وربما ممارسة الاستمناء (Bootzin, R. & Acocella, J. 1988, p 323)

تعريف شيلدون كاشدان

النظارية هى حصول الفرد على الإشباع الجنسى من خلال إستراق النظر إلى امرأة تخلع ثيابها أو إلى رجل وامرأة فى وضع جنسى، وغالباً ما يلجأ الفرد إلى أساليب متخفية فى سبيل تحقيق إشباع حاجاته الجنسية وذلك لخوفه من الآخرين (شيلدون كاشدان، ١٩٨٤، ٨٨).

تعريف فيصل الزراد:

النظارية هى الحصول على اللذة الجنسية عن طريق مشاهدة عملية الجماع الجنسى بطريقة مباشرة أو عن طريق التخفى، وغالباً ما يكون الفرد النظارى من الذين يعانون من الحرمان الجنسى، أو من المصابين بالضعف الجنسى، وقد يكون هذا الشخص قوادة للنساء (فيصل الزراد، ١٩٨٤، ١١٢).

تعري بيللاك وآخرون:

النظارية هى الحصول على الاشباع الجنسى من خلال رؤية النظارى لنساء عاريات أو شبه عاريات بدون قبول أو موافقة هؤلاء النساء، وغالباً ما يكون النظارى من المصابين بالضعف العقلى ومدمنى الكحوليات (Bellock, A. et al, 1981, p. 701).

خلاصة وتعقيب :

يرى الباحث أن معظم التعريفات ترى أن النظرية فعل جنسى فقط يتلذذ فيه الفرد بالمناظرة العارية التى لا بد أن تحدث خلصة وفى السر، وربما يصاحبها ممارسة العادة السرية، ويصل حد المبالغة من قبل بعض الباحثين لىذكر أن النظرى مريض بالضعف الجنسى أو أنه قواداً للنساء ويعانى من الحرمان، ويرى الباحث أن النظرية ليست جنس، وإنما هى مجموعة من السلوكيات التمهيدية للسلوك الجنسى، ويتفق الباحث مع حسين عبد القادر، من أن النظرية تصبح إنحرافاً إذا ما حلت محل الهدف الجنسى السوى بدلاً من أن تكون تمهيداً له.

كما يرى الباحث أيضاً أن النظرية قد تشمل سلوكيات بعيدة عن الجنس، مثل كشف أسرار الغير عن طريق إستراق النظر، كما أنها تعبر عن الانحراف والمرضى فى علاقتها بالموضوعات الجنسية وغير الجنسية إذا كانت تتميز بالطابع القهرى الإلزامى للفرد، وإذا كان الفرد يسترق النظر لموضوعات لا تحقق له فائدة، فهو ينظر من أجل النظر، إذ أصبحت النظرية لديه وسيلة وغاية فى آن واحد.

وفيما يتصل بالموضوعات الجنسية يصل القهر للحد الذى لا يستطيع الفرد معه ممارسة الجنس دون النظر لبعض الموضوعات الأخرى التى لا تتصل بالموضوع الجنسى الواقعى الذى يمارس معه الفرد الجنسى، وهذا ما يفسر إقبال البعض على مشاهدة الصور والأفلام الجنسية قبل ممارسة الجنس، وقد تكون النظرية وسيلة من وسائل الشحن الجنسى والرغبة فى إستحضار الإثارة.

وفى ضوء ذلك يعرف الباحث النظرية بأنها : مجموعة من السلوكيات الجنسية وغير الجنسية التى تهدف لتجريد الموضوع من إرادته وإخضاعه تحت إمرة الذات من خلال إستراق النظر وكشف ما خفى من خصائص الموضوع، وتعتبر النظرية فعل سوى إذا كان الغرض منها حب الاستطلاع وشحن الطاقة النفسية، أما إن أصبحت وسيلة وغاية قهرية يتوقف الفعل عليها، باتت مرضاً، إذ تصبح إنخفاض من الفعل إلى المشاهدة.

طبيعة وديناميات النظرية:

يرى الباحث أن النظرية ليست مجرد رؤية، بل هى إدراك حسى، يعمل على إعطاء معانى لا حدود لها للرؤية، تلك المعانى التى لا تقف عند حدود الجنس، بل تتعدى ذلك لتشمل الإنفعال والعاطفة والوجدان والنية والوقوف على أعتاب الفعل، وتشمل أيضاً الرغبة فى كشف السر وهتك الحجاب وفك الرموز، مما يجعلنا لا نقول أن فى البدء كانت اللغة، أو فى البدء كان الفعل، وإنما فى البدء كانت الفضيحة! ولما لا؟ وقد نزل آدم على الأرض بفضيحة، وما أصدق عبارة (سارتر) القائلة: (أن الجحيم هم عيون الآخرين).

ويشير الباحث إلى أن النظرية فيما يتصل بالجنس لا تعبر عن الجنس، بقدر ما هى الطريق إلى الجنس، والتمهيد للإشباع، فهى رغبة وليست فعل، كما أن الإشباع فى الجنس يختلف أيضاً عن الرغبة فى النظرية، إذ أن الإشباع الجنسى يمكن الحصول عليه بأيسر السبل، وبدون تفكير أو عناء، سواء كان ذلك ذاتياً (إستمناء) أو من خلال الآخر، وهو إشباع ينتهى فى أفضل الأحوال بالوخم والخمول والتبلد الذهنى، أما الرغبة فى النظرية كلما إشتدت زادت الهمة والنشاط، فإذا كانت لزوجة الأجساد تحرك الجنس وتطفئة أيضاً، فإن نظرات الأعين تحرك الجنس ولا تطفئة، وإذا كان فى الجنس شبع، فإن النظرية لا تعرف الشبع، إذ قضى على النظرى بالتشوق والنزوع والالتىاع والجوع، دون أن يصل يوماً إلى الشبع، فالنظرية جنس مختلف عن جنس الغريزة والجسد أو كما يسميه الباحث (الجنس العقلى) فالنظرى لا يكفيه الإشباع الجنسى، وإنما يتمسك بالنظر الذى يمنحه لذة الجنس (العقلى) والذى ينقله أيضاً إلى (الجنس الجسدى) وطريق النظر طريق لا ينتهى وهو الذى يجعل اللذة قريبة وسهلة تتحقق مع أول لمسة جسد، وبلغة بافلوف فإن النظرية لا يحدث لها الإنطفاء بالحرمان، ولا يقتلها غياب الصورة لأن الطرف الآخر يظل شاخصاً فى الخيال.

وقد ربط فرويد بين اللمس والنظر لبلوغ الهدف الجنسى، حيث إعتبر النظر مستمداً من اللمس ولما يذل الانطباع البصرى طريقاً يفضى عادة إلى التهيج الليبىدى، والانتخاب الطبيعى، وإعتبر أن موقف الحضارة ومسايرتها فيما يتصل بستر الجسد، تدريجياً، يوقظ التطلع الجنسى الذى يسعى لتكملة الموضوع الجنسى بالكشف عن أجزاءه المستورة، وهو ما يمكن

تحويله جهة الفن، لكنه يصبح إنحرافاً إذا إقتصَرَ على الأعضاء التناسلية وحدها أو ارتبط بالاشمئزاز، كما هو الحال لدى محبى النظر الذين ينظرون إلى وظائف الإخراج، أو إذا حلت النظرية محل الهدف الجنسي السوى (سيجموند فرويد ١٩٦٣، ٤٧-٤٨) وكثيراً ما تشجع الثقافة سلوك النظر الجنسي، إذ أن كثير من الإنحرافات تعتمد على تنبيه الجنس وأثارته من خلال النظر كالمجلات الجنسية والافلام السينمائية (شيلدون كاشدان، ١٩٨٤، ٨٨) وغالباً ما يصاحب ذلك ممارسة الاستمنا، سواء كان ذلك أثناء النظر أو بعده مباشرة، ويبدو عنصر (المخاطرة) مهماً للإثارة الجنسية لدى النظاري، لذا نجد بعض النظاريين يجدون متعة خاصة فى مراقبة فردين يمارسان العلاقة الجنسية فى جو من السرية، وتعكس هذه المتعة فى الآن نفسه خوف من الإتصال الجنسي المباشر.

(Davison, G & Neal, j. 1974, p. 278).

فالنظارى مثل الاستعراضى، عادة ما يكون خجولاً وغير عنيف، بجانب أنه غير كفء جنسياً، ومنعزل اجتماعياً. (Haas, K, 1979, p 237) (Bellack, A. et. al, 1982, p 702) وقد تتجه النظرية بشكل أو آخر إلى مشاهدة المصائب والحوادث ومشاهدة الحرب والعمليات الجراحية، وهذه النظرية تمثل نزعات إخصائية سادية إيجابية، وقد إنخفضت من الفعل إلى المشاهدة، فإحلال النظر محل الفعل يجعل الأشخاص الذين يعانون صراعاً حول ما إذا كانوا يستمرون أو لا يستمرون مع حفزة ما، يتطلعون إلى شخص آخر يؤدى عنهم الفعل. (أوتوفينخل، ١٩٦٩، ٦٣٤)

والمنحرفون النظاريون يتوحدون على نحو لا شعورى بالموضوع الذى يشاهدونه، ومن هنا فانهم يعيشون اشباعاً إستعراضياً على المستوى اللاشعورى، ومن ثم فنظارياتهم تعتبر بمثابة إنكار للرغبة الأصلية الإستعراضية وإشباع للمطالبات اللاشعورية للأنا الأعلى، ومن هنا فإن الانحرافات تنتج من ميكانيزمات دفاعية. تتكشف عن تكوين مصالحات ترضى عنها الأنا، إذ لا يهتم المنحرفون النظاريون ولا الاستعراضيون بإشباع رغباتهم إلا عندما يكون هذا الاشباع ممنوعاً (سامية القطان، ١٩٨١، ٥٨)

ففى لا شعور النظاريين توجد نفس النزعات التى هى عند الاستعراضيين، فالخبرات الطفلية التى تم تثبيت النظاريين عليها، أحياناً تكون مشاهد حققت الطمأنينة، ولكن فى الغالب الأعم يكون النظاريون مثبتين على خبرات، قد أثارت لديهم قلق الخصاء من مشاهد بدائية أو رؤية أعضاء إنسال الراشدين، فقد تنشأ لدى النظاريين حالات من الشره والولع بالنظر إلى الموضوعات، وقد يؤدى ذلك لإزاحة إهتمام النظاري من أعضاء الإنسال إلى أنشطة اللذة التمهيدية وقبل الإنسالية، وقد تكشف الرغبة النظرية عن دلالة سادية تتمثل فى إزاحة الإهتمام من التدمير (الإخصاء) إلى النظر لتجنب مشاعر الإثم والشعور بالذنب، وكقاعدة عامة، فإنهم يفشلون فى ذلك، حيث يكتسب النظر الدلالة اللاشعورية للحفزة الأصلية. (أوتوفينخل، ١٩٦٩، ٦٣١-٦٣٣) حيث أنهم يزيحون إهتمامهم من الخصاء إلى النظر لتحقيق لذة مطمئنة تتصل بقدرات مطلقة سحرية تتسم بالطبيعة المسرفة فى التناقض الوجدانى، وفى كل الأحوال ها هى النظرية تتصل مرة أخرى بالا ستعراضية (سادية) التى تمثل الجانب السلبي للنظرية (مازوخية) (حسين سعد الدين، ١٩٩٥، ١٥).

ويقسم (أوليفين) النظاريين لثلاث فئات :

١ - النظاري الجنسى غير الناضج عاطفياً.

٢ - النظاري القهرى.

٣ - النظاري العدوانى

أما النظاري الجنسى غير الناضج عاطفياً، يحرص دائماً على ألا يضيع منه فرصة لرؤية منظر مغرى، غالباً ما يكون خاص برؤية النساء، لذا يطلق عليه متلصص الفرص وهو أكثر أنواع النظاريين شيوعاً.

وفيما يتصل بالنظاري القهرى والذى عادة ما يكون وسواسياً أو مندفعاً تجاه مشاهداته التى قد يصل به الأمر لتبوين ما يراه فى أحد السجلات، محددا زمن حدوثها ومكانها، كما قد يكون منحرفاً جائلاً، وصانع فرص، ولديه أماكنه ونوافذه ومنازله ويتبع نظاماً خاصاً عندما يمتلكه الدافع إذ يتوقف حصوله على الإثارة الجنسية من خلال ما يراه وربما يمارس الإستمناء فى أثناء التلصص، لذا يلعب الخيال دوراً أساسياً فى إحداث الإثارة الجنسية لديه من خلال

السادية الكامنة بداخله والتي تحقق الإشباع والمتعة لديه، وذلك من خلال تخيله للضحية، ومن ثم يستطيع توقيع الاهانة للموضوع.

والنظارى العدوانى يكثر بين الشخصيات السيكوباتية والمتسولين والمتشردين والمتأخرين عقلياً. وقد وجد أن هذه الفئة من النظارين قد تطور فيما بعد للقيام بعملية الإغتصاب، وتتميز هذه الفئة بالمرونة فى إستخدام الخيال لمشهد التلصص للحصول على الاشباع الجنىسى .
(Oliven, J. 1974, p. 491-492)

النظرية لدى المقامر:

يرى الباحث أن خبرة النظر من أهم الخبرات وأخطرها فى حياة المقامر، فهى ليست مجرد إنفعال أو عاطفة ووجدان وإنما هى إتجاه وسلوك، القاعدة الأساسية فيه: ان ما خفى كان أعظم، والنظرية لدى المقامر لا تعنى الامتزاج أو التطابق أو الاتحاد التام مع الموضوع، ذلك لأن من شأن النظرية لديه أن توسع من عالم الخبرة لديه وأن تثرى مضمون هذه الخبرة بمضامين أخرى جديدة دون أن يكون من شأنها أن تحقق للمقامر يوماً الاشباع أو الانطفاء.

ويشير الباحث إلى أن المقامر نظارى بطبعه، والنظر لديه لا يعبر عن وعى مريض مشوه، بقدر ما يعبر عن حالة عميقة مليئة بالاستبصار، فمن خلال نظريته يبدو قادراً على التنبؤ، وفهم كثير من أنصاف الحركات والافعال، ويدرك الكثير من وراء أتفه العلامات، فيقرأ ما يدور على الشفاة وما تعبر عنه العيون، فيرى فى لمح البصر ويفهم منذ الوهلة الأولى، ويدرك أعقد الحالات الباطنية، وربما كان أعجب ما فى النظرية لدى المقامر أنها نوع فريد من الادراك الحسى، فالادراك - وأى إدراك - يقوم على بعض المعارف الأولية والتعميمات والاستنتاجات، أما الإدراك المتمثل فى النظرية لدى المقامر لا يقوم على معرفة أولية ولا على إستنتاج أو تعميم، بل يقوم على العيان والمشاركة عن بعد، أو المشاركة الخيالية التى يحاول المقامر من خلالها أن يمسك بحبال اللاشئ، وذلك تحت وهم القدرة على التحكم، إذ أن غالبية المقامرين لديهم شعور بالقدرة على التحكم فى الأشياء والموضوعات.

والنظرية لدى المقامر هى فى الأساس فعل (ساذى) يحاول من خلاله أن يضرب الآخر فى العمق من خلال معرفة جوانب ضعفه وقوته، بل والإستمتاع بهتك سره دون أن يدرك. ويتضح ذلك أثناء ممارسة المقامرة، بحيث يعتمد المكسب والخسارة لدرجة كبيرة على كشف ما لدى الآخر من إمكانيات، وكذلك فى قدرة المقامر على حجب أوراقه عن المقامر الآخر.

وتعتبر النظرية بين المغامرين - أو إن صح التعبير سرقة النظر - من المهارات الأساسية للمقامرة، والتى يفتخر بها كثير كثير من المقامرين، مما يشير فى مستوى آخر، إلى أن النظرية لدى المقامر هى فى الآن نفسة نوع من الاستعراضية. وكأن النظرية بذلك أحد

قوانين المقامرة، والتي تقوم على التضليل والنفاق وسوء الطوية وخداع الآخرين، معنى ذلك أن النظرية تجعل من المقامر كائناً يعيش فى الباطل ولا يعرف الحق، وذلك لأنه إخترع طريقة تغذية أحياناً مشقة العمل، وأعنى بها النظر، والتي أصبحت من خلالها رقعة التضليل من السعة بحيث أن العالم الواقعى يختلط بالخيالى، وربما كان سوء الطوية الذى يتميز به المقامر هو المسئول عن كونه نظارى ويستخدم من النظرية سلاح له فيدعو للوجود ما هو موجود لدى الآخرين.

ويرى الباحث أن غاية ما يطمح إليه المقامر النظارى هو أن يصل إلى المكاشفة التامة مع موضوع النظر، وأن تزول بينهما الفوارق والمسافة، وهو نوع من التوحد الشاذ المريض، بحيث يود المقامر أن يكون هو الموضوع، لكى ينتهى السر ويهتك الحجاب، ولشدة هذه الرغبة، قد يتوهم المقامر أنه على علم بكل ما لدى الآخر، وهو وهم شائع وخطأ بات من كثرة التداول لدى المقامرين حقيقة مسلم بها، ترجع فى الأساس لوهم القدرة على التحكم

(Illusion of control)

وفيما يتصل بالجنس: لو إنتهت العلاقة بين النظارى وموضوعة وأصبح هناك نوع من التوحد، لتحولت النظرية إلى جنس، أى أنه يحدث إنتقال من (الجنس العقلى) إلى الجنس الجسدى. فالنظرية تلامس أسرار ومحاولة للتعرية والإنكشاف، وليست إقتراب وزوبان وتلاحم وإتصال.

ويرى الباحث أن النظرية لدى المقامر، تعبر عن ضعف وانعدام للحيلة، لذا نرى المقامرين إذ يشعرون بضعفهم يمارسون أفعال النظر سراً، فذلك ضعف لا يرغبون أن يطلع عليه أحد، وذلك برغم أنه قد يكون أمراً معروفاً ومشترك مع من حوله، إذن النظرية لدى المقامر، شأنها لدى أى إنسان آخر، تظهر طالما كان هناك فضول، وتشتعل طالما كان هناك سر، والسر بطبيعته يشعل الخيال والحلم، وهما المادة الأساسية للمقامر النظارى، والعامل الأساسى الذى يعلو به المقامر على الواقع، والذى بدونها تتحطم النظرية وتنكسر على أرض إشباع الغرائز.

والنظرية لدى المقامر تمثل أيضاً سادية ونرجسية وطمع فيما ليس للمقامرحق فيه، فالنظرية كراهية ومحاولة لافتحاح الآخر بما لا يليق، وهى بذلك تعكس قسوة ونرجسية يحاول فيها المقامر أن ينال من الآخر ويقيدة ويلغى إرادته ويستهلكه، وربما يقضى عليه (لكنه ليس قضاءً مبرماً) وذلك بأن يجعل من نفسه بالنسبة للآخر «كن فيكون» وللمقامر النظرى أدواته فى ذلك والتي تشمل أدوات أولية وأخرى ثانوية، أما الأدوات الأولية فتشمل الحلم والخيال والقدرة على التوقع، وتشمل الأدوات الثانوية: التجسس، ومحاولة القرب وليس الإقحام، وإختراق الخلوة والصمت، وكشف الستر والغطاء والتلصص والسلب والاغتصاب عن بعد دون مشاركة واقعية.

ويشير الباحث إلى أن النظرية لدى المقامر توضح أن ما هو متاح لديه من الموضوعات لا يكفى ذاته وأنه لا بد من الاستناد إلى إختراق الآخر وتجاوز حدود الذات باتخاذ الخطوات السرية نحو الآخر، والمقامر بذلك يحاول أن يعطى معانى كثيرة لكافة الموضوعات التى يشاهدها فلا يكون ثمة نهاية لمعنى الموضوعات، ما دامت نظريته قد إستطاعت أن تخترق أسرار الموضوع خلصة، وذلك لأن المقامر لا يحبس موضوع النظر فى إطار محدد، بل إن نظريته تستطيع أن تحرك العالم الخارجى عن طريق ما تفرض عليه من معانى، وكأن حال المقامر يحاول أن يفرض على الدنيا تنظيماً جديداً من خلال نظراته، معنى ذلك أن التأثيرات القادمة من الخارج لا بد وأن تخضع لاتجاهات المقامر الداخلية المريضة، تلك الإتجاهات التى تحدد لدرجة كبيرة إدراكه وسلوكه، مما يعنى أن الموضوع الخارجى - بما فى ذلك الآخرين - كامن فى المقامر، وكأنما هو يبحث عن نفسه خارجاً عن ذاته.

وهكذا يتضح لنا أن المقامر من خلال النظرية لا يستطيع أن يعيش إلا بمقتضى تلك الحركة المستمرة التى ينتقل فيها من الواقعى إلى الممكن ومن الممكن إلى اللاواقعى، ومن المحتمل إلى المحال، لذا فهو دائم الصراع.. بل ويوسع من دائرة الصراع.

والنظرية لدى المقامر لا ترصد صور فقط وإنما تميز وتخير وتستبقى، ولكن بطريقة مرضية، إذ يرى المقامر ما يريد أن يراه، ويدرك ما يريد إدراكه، كما أنه يغلق عيناه عما لا يحب أن يراه، وعندما يبصر فقد يروى غير ما أبصره، وذلك لأن لديه بنية نفسية مريضة تنسى، وتركب، وتبدع أشياء لا وجود لها.

تعريف الاستعراضية : Exhibitionism

تعريف سوسو:

الاستعراضية هي محفزات أو أفعال أو تخيلات حول إظهار الفرد لأعضائه التناسلية للآخرين الغرباء عنه، وغالباً ما يريد الفرد من وراء ذلك أن يصدّم الآخرين ويدهشهم، ومعظم الاستعراضيين هم من الرجال، والضحايا من النساء، والهدف الأساسى من وراء الاستعراضية هو تحقيق الإثارة الجنسية وليس الإتصال الجنى بالآخرين.

(sue, s. 1997, p. 308-9)

تعريف عبد المنعم الحفنى

الاستعراضية أو حب الظهور أو الإستعراض، يحقق للفرد بعض الإشباع الغريزى بعرض نفسه، ويفوز الانسان السوى بمتعة ثانوية بأن يكون محط الأنظار، بينما يفوز المنحرف أو المريض بمتعة رئيسية تصل لحد الإنزال عندما يلفت الأنظار إليه، ويظهر التعرى أو الاستعراض الطفولى للعورة فيما بعد فى شكل إنحراف جنسى هدفه إثارة الدوافع الجنسية، ومن هنا كانت الطبيعة النكوصية الاستعراضية الراجعة إلى الشعور بالعجز الجنى الذى يؤدى إلى الحاجة إلى تأكيد أن القضيب قادر وفعال. (عبد المنعم الحفنى، ١٩٩٤، ٨٧).

تعريف حسين عبد القادر:

إحدى الدفعات الغريزية القهرية، التى تشير إلى أن الدافع الجنى الغريزى يوجد منذ البدء فى حالة متعددة الاشكال، والاستعراضية هى الوجه السالب للنظرية عندما تحل محل الهدف الجنى السوى وتقهر صاحبها أو صاحبها لعرض الأعضاء التناسلية أو أجزاء أخرى من البدن يلزم الواقع بسترها، ويكشف التحليل النفسى لهذا الإنحراف، وفى كل الانحرافات عن تنوع غير متوقع من الدوافع والدلالات، وإن كان الدافع القهرى للاستعراضية وثيق الصلة بعقدة الخشاء ففيه تأكيد كامل لسلامة الأعضاء التناسلية لدى الذكور واستعادة للإشباع الطفلى الناتج عن عطل المرأة من القضيب، وقد يصل الإنحراف لأقصى مداه عندما تحل الاستعراضية محل الهدف الجنى السوى، وهو أمر غالب لدى هذه الزمرة من المرضى بهذا الإنحراف. (حسين عبد القادر وآخرون، ١٩٩٣، ٨٤-٨٥).

تعريف جومى:

إنحراف جنسى يؤدي للتقزز والضييق أكثر منه تهديداً، وهو يختص بالذكور دون الإناث، وفيه يقوم الفرد بعرض قضيبه أمام الموضوع، والذي عادة ما يكونوا فتيات المدارس، بهدف إصابتهن بنوع من الصدمة وإثارة الدهشة، وعلى الضحية عدم الضحك أو السخرية والاستهزاء من المستعرض، حيث يؤدي ذلك إلى قيام المستعرض بضرب الضحية، ولكنه لا يقود لعملية الإغتصاب (Comez, z, 1991, p. 108).

تعريف بوتزن وأكوسيل:

الاستعراضية نوع من الاشباع الجنسي عن طريق عرض أحد الأعضاء التناسلية للآخر دون قصد منه. (Bootzin, R., and Acocella, j. 1988, p. 323).

تعريف سعد جلال:

الاستعراضية، كشف العورة علناً للنساء فى مكان عام، مما يضيف على الفاعل لذة جنسية لا يجدها فى غير هذا الفعل، والمصابون بهذا الانحراف عادة ما يكونوا من الرجال المسنين، وهم غالباً خجولين ويعتريهم شعور بالعار مع فقدان القدرة على التحكم فى دوافعهم ويرجع ذلك لعدم حل عقدة أو ذنب، بجانب عقدة الخصاء عند الفرد. (سعد جلال، ١٩٨٦، ٤٢٠).

تعريف أرثر ريبير

الاستعراضية: إتجاه قوى يجعل الفرد يتخذ من نفسه مركزاً ثابتاً للإنتباه، ويصف البعض الاستعراضية بأنها قهرية عندما يضطر الفرد لعرض أعضائه التناسلية فى ظروف غير ملائمة إجتماعياً، وتختلف الاستعراضية بهذا المعنى عن الحاجة إلى الاستعراض، إذ يشير هذا الأخير إلى الحاجة الملحة لأن يكون الفرد مركزاً لجاذبية الآخرين وتسليتهم، والترويح عنهم، وربما إحداث الصدمة لهم. (Reber, A. 1987, p. 160).

خلاصة وتعقيب :

معظم التعريفات التى تناولت الاستعراضية تنظر لها نظرة أحادية قاصرة على الجانب الجنسى، من خلال إظهار العورة أمام الآخرين وفى أوقات غير ملائمة، وأشارت التعريفات إلى أن الاستعراضية تعتبر إنحرافاً إذا كانت تتميز بالقهر والإجبار، وإذا حلت محل الهدف الجنسى، فإذا كان الاستعراض بديل عن اللقاء الجنسى، باتت الاستعراضية إنحرافاً، وهو ما يتفق معه الباحث، وتشير بعض التعريفات إلى أن الهدف من الإستعراضية هو إحداث نوع من الدهشة للآخرين، وتحقيق نوع من الإثارة، وذلك حتى يظل الاستعراضى محط الأنظار، ويؤدي ذلك إلى تأكيد قدرة الفرد.

وقد أشارت بعض التعريفات إلى أن الاستعراضية تشمل الرجال دون النساء، وهو ما لا يتفق معه الباحث، إذ تكثر الاستعراضية (الجنسية) بين الإناث، وبدرجة كبيرة عن الرجال، إلا أن الاستعراضية غير الجنسية تكثر بين الرجال دون النساء، وذلك من حيث الإعتداد بالذات والرغبة فى أن يكون الفرد محط أنظار الجميع وأن يكون هو مركز الجماعة.

ويرى الباحث أننا عندما نتحدث عن الاستعراضية، لا بد أن ندرك أن ثمة (معانى) وليس (معنى) للاستعراضية، وذلك لأنها من السعة والتعدد والانهائية بحيث يصعب أن نقصرها على المعنى الجنسى فقط، حتى أن هذا المعنى الجنسى له مستويين: مستوى ظاهر يتمثل فى عرض أجزاء من الجسم (دال) ومستوى باطنى يتمثل فى الغرض من استخدام الجسم (مدلول) مما يجعلنا نتساءل لماذا استخدم الاستعراضى (الجسم) ليكون الأداة التى يخترق بها الآخرين؟

إن الاستعراضية لا تقف عند حدود الجنس بل تشمل جوانب عديدة تتمثل فى الإثارة، وجذب الانتباه، وتأكيد الذات، والمخاطرة، والاحساس بالقوة والسيطرة والقدرة على التحكم فى الموضوعات، وكأن الفرد من خلال الاستعراضية لا يريد أن يكون مركز الجماعة، بل يريد أن يكون مركز الكون!

وبناء على ذلك يرى الباحث أن الاستعراضية :

سلوك فردى يمتد من السوية الى المرض، ويشمل موضوعات جنسية وغير جنسية، ويتم تفعيله من خلال الذكور والنساء، وتصبح الاستعراضية أمراً سُوياً إذا كانت وسيلة لغاية، وتشير للمرض إذا أصبحت غاية فى حد ذاتها وتشمل على القهر والإجبار والإلزام، وتشمل الاستعراضية على موضوعات جنسية من قبيل تعرية الجسد عمدا لشد إنتباه الآخرين دون الرغبة فى اللقاء الجنسى مع الطرف الآخر، إذ أن هناك دائما مسافة بين الرغبة وإشباعها، وتتمثل الموضوعات غير الجنسية فى المخاطرة وحب الظهور، والاعتداد بالذات، وتحقيق القوة والسيطرة والتفوق على الآخرين سواء خيالاً أو واقعياً.

ولكى نتحقق من ذلك لا بد أن نعرض لطبيعة الاستعراضية ودينامياتها فيما يلى :

طبيعة وديناميات الاستعراضية :

يكشف لنا تاريخ الاستعراضيين عن ميل المريض الزائد إلى أمه، الأمر الذى يؤدي به إلى أن ينمو نمواً إنفعالياً غير مكتمل، والاستعراضية مظهر عصائى ووسيلة دفاعية يلجأ إليها المريض ليلفت نظر المشاهد إليه ويجبره على أن يشاهد ما يريد أن يظهره له، وتتصف النساء عموماً بنوع عام من الاستعراضية يتقبلها المجتمع ويعدها طبيعية، ويفسرها البعض بأنها حسد القضيبي وتعويض عن نقصهن، ويرى البعض أن الاستعراضية وسيلة دفاعية يلجأ إليها بعض المرضى بالاكئاب والبرود الجنسي والخوف من فقدان الهوية (كأنما يقول لنفسه هأنذا قد لفت نظر الناس فأنا موضع نظرهم، فأنا موجود فعلاً) والاستعراضية السافرة للأعضاء الجنسية غير معروفة عند النساء، ومعظم الاستعراضيات فى العشرينات من العمر وأكثرهن مراهاقات، أما متوسطو العمر والشيوخ من الاستعراضيين، فمرضهم دليل على الضعف المتزايد لقوتهم الجنسية، وقد يكون عرضاً لتلف عضوى بالجهاز العصبى المركزى .
(عبد المنعم الحفنى، ١٩٩٤، ٢٨٧).

وتوجد الاستعراضية فى كثير من اضطرابات الشخصية، مثل إدمان الكحوليات وإشتهاء الأطفال، والشخصيات السيكوباتية والتخلف العقلى والعدوانية (Haas, K, 1979, p. 236)، ويتصف الاستعراضى بأنه سلبي، خجول وغير مستقل، ويفتقد الشعور بأنه رجل كامل، ولا يستطيع إقامة علاقات إجتماعية مع الآخرين، كما يجد صعوبة فى التعبير عن غضبه، وربما يعانى من الاختلال الوظيفى الجنسي (Bellack, A: 1982, p 699) ونادراً ما يكون لهم أصدقاء، ورغم تسلط أمهاتهم، إلا أن علاقتهم بالأم غير متوترة، وقد يرجع ذلك لأنهم يفضلون الإنسحاب، مما يؤدي لخوفهم من إقامة علاقات خاصة مع الفتيات، وقد يكون ذلك تعبيراً عن الخوف من الخشاء. (Evans, j. 1982, p. 281) وقد يؤدي ذلك فيما بعد لأن تكون علاقتهم بأزواجهم غير مستقرة، وقد تأخذ الاستعراضية أشكالاً كثيرة، منها: إجراء المكالمات التليفونية الفاضحة دون القيام بأى سلوك جنسى إنحرافى، أو إرتداء ملابس الجنس الآخر . (Dalby, J. 1988, p 2)

والاستعراضيون يندرجون فى نوعين أساسيين: أولئك الذين يتورطون فى السلوك الاجرامى، والذين لا يأتون بسلوكيات إجرامية، أما النوع الاجرامى، فهو يميل إلى السوسيوباتية وإظهار السلوك العدوانى، ويتوقع هذا الاستعراضى أن الآخرين سوف يذهلون من أفعاله سواء بالإعجاب أو عن طريق الإشمئزاز. ومعظم الاستعراضيون من الرجال يريدون ان تشعر المرأة بالخوف والاشمئزاز، وغالبيتهم لا يريدون الجنس إلا إذا كانت المرأة أكثر نضجاً وتفتحاً، ودائماً ما يشعرون باللذة من إسترجاع ذكرياتهم التى مارسوا فيها الاستعراضية، بل إنهم قد يرجعون للأماكن التى مارسوا فيها ذلك، وقد يتناول الفرد منهم الكحوليات قبل الاستعراضية، حتى لا يكف عن ذلك (Sue, s, 1997, p. 309).

وهناك الاستعراضى ذو النموذج العدوانى البسيط والذى يقوم بالاستعراضية كتعويض عن خيبة أمل أو صدمة إجتماعية، والنموذج المخاوفى للاستعراضية يحدث نتيجة لفقدان الامان. (Rosen, 1964, p 3)، ويرى البعض أنه قد تكون عرضاً ثانوياً تابع لمرض معين، أو أنها ظاهرة تنشأ من نزعة وسواسية (Moher, et al., 1964, p.112).

الاستعراضية لدى المقامر:

يرى الباحث أن الاستعراضية لدى المقامر لا تقف عند حدود الجنس، بقدر ما تتعداه إلى جوانب كثيرة من السلوك تشمل وهم القدرة على التحكم والمخاطرة، والإثارة والرغبة فى التحرر، وفوق هذا كله تمثل الإستعراضية قهراً وإجباً وإلزاماً حيث لا يستطيع المقامر التخلي أو التنازل عنها، فهو دائماً فى حاجة لأن ينتزع الاعتراف من الآخرين بأنه الأفضل والأحسن ويبدو ذلك واضحاً فى المبالغة فى قدرته على التحكم فى أمور اللعبة، وأنه بمقدوره ان يسيرها حسب إرادته، وكأنه (كن فيكون) وهذا ما يسمى بوهم القدرة على التحكم - illusion of. control وهو نوع من أنواع الاستعراضية، ورغم أن الحظ كثيراً ما يخونه فى المقامرة، إلا أنه يصر على قدرته هذه، ووهمهم الذى لا ينقطع، وهو وهم مريض يشمل كل السلوكيات التى تعتمد على الخبرة فى اللعب وكذلك الذى يعتمد منها على الحظ، وربما يؤدي ذلك لأن يخفى المقامر خسارته للآخرين إذ يتظاهر دائماً بأنه المنتصر والفائز، وإن كان ولا بد أن يدرك الآخرين خسارته الفادحة، فإنه يبرر ذلك بتهأؤنة ورغبته فى الإثارة وأنه مل الفوز الدائم المستمر.

ويشير الباحث إلى أن الاستعراضية لدى المقامر، إذ تمثل قهر وإجبار والزام، إلا أنها مع ذلك تبدو له (حرية) حيث يصبح المقامر هو نفسه الأداة لتحقيق ذاته فكونه مركز الجماعة والعفريت الذي يأتي بكل شئ يحقق له لذة حقيقية، وذلك على الرغم من أن الاستعراضية لديه تكون غير حقيقية وخيالية، فمن خلالها يكتشف أنه حر، فيبدو المقامر أثناء سلوك الاستعراضية كسجين يحطم سلاسله، وقبل سلوك الاستعراضية يشعر بأن لديه إمكانية تستوجب التحقق من خلال التسجيل في الخارج، وهي بذلك تعبر عن الخروج بعيداً عن الذات، وتحطيم لشرنقة الذاتية للامساك بحبال الآخر الذي يريد أن ينتزع منه إقراراً بأنه الأفضل.

التشخيص واللوحة الكلينيكية للمقاومة المرضية

تمهيد

التشخيص هو تقويم خصائص شخصية العميل عن طريق جمع المعلومات المتاحة، وتحليلها وتنظيمها والتنسيق بينها بقصد التخطيط للمستقبل، وفى ذلك يتم الاستعانة بنظرية شخصية معينة تتناسب وطبيعة المريض. (لويس مليكة، ١٩٧٧، ٤٧) ويقوم التشخيص على تحديد العلاقة بين ما يقوله المريض وأعراضه والمعوقات التى تظهر أثناء العلاج .

(Fowler, D. et al. 1995, p.150)

ويرى الباحث أنه إذا كانت نظرية روجرز فى العلاج المتمركز حول العميل فى مراحلها الأولى، ترى أن التشخيص ليس مطلباً ضرورياً للعلاج، وأنه من الأفضل إشترك العميل فيه قدر الإمكان، فإن هذا ما يحدث فى المقاومة المرضية، التى قد يختلف تشخيصها عن كثير من الأمراض النفسية والعقلية، فنجد المريض وقد إشترك مع المعالج فى التشخيص، لكن دون أن يتفقا على رأى واحد، إذ يرى المقامر المرضى أن المقاومة علاج وليست مرضاً، ويرى آخرون أنها ليست مرضاً وإنما الطريق إلى المرض، من هنا تبدو عملية التشخيص والعلاج أمراً صعباً ، لأننا بصدد حالة تجعل من الوهم حقيقة ومن الكذب ضرورة، سواء كان كذباً يمارس على المحلل أو الذات.

وهكذا يجد القائم بالتشخيص نفسه بإزاء خليط من الأمور المتضاربة لحالة لا تريد شئ معين، وإنما تريد كل شئ، وهى لا تبكى على ما ضاع منها وإنما على الذى لم تحصل عليه، ومع ذلك قد يؤلف كل هذا الخليط خيوطا متشابكة يمكن أن تلتحم فى نسيج واحد، وذلك إذا إستطاع القائم بالتشخيص أن يضع يده على ما قد يكون فى أوهام المقامر الذاتية ويقينه الكاذب، وخيالاته السرابية، وذلك ليزيح النقاب عن التاريخ الشخصى المرسوم بطابع الفراغ والخواء. من هنا تصبح عملية التشخيص عملية ناجحة .

يعود تشخيص المقاومة المرضية إلى عام ١٨٩٢ على يد «كون» quinn، الذى حدد تشخيص المقاومة المرضية فى أربعة مراحل هى : مرحلة التفاعل مع الفوز، ومرحلة الخسارة، ومرحلة اليأس، ومرحلة فقدان الأمل .

وقد وضعت الدراسات الحديثة نماذج تشخيصية جديدة، تشير إلى أن تشخيص المقامرة

يمر فى ستة مراحل هى :

initiation phase	مرحلة البداية :
positive consequences	مرحلة النتائج الإيجابية :
negative consequences	مرحلة النتائج السلبية :
turning points	نقطة التحول :
Active quitting	التحرر والتوقف النشط :
Relapse	الانتكاسة :

وترى بعض الدراسات الكلينية أن تشخيص المقامرة المرضية لا يحتاج لمراحل وإنما يمكن التشخيص له من حيث قضاء وقت كثير فى ممارسة المقامرة وإنفاق الكثير من المال على المراهنة، وإرتفاع معدلات الاكتئاب والاحساس بالذنب والخجل والرغبة فى الانتحار، والاتجاه نحو الأنشطة الإجرامية التى تخدم أغراض المقامرة، هذا بالإضافة إلى بعض الاضطرابات النفسية والجسمانية من قبيل التوتر والإثارة .

(Custer, R. & Milt, H. 1985, p.130)

وسوف نعتمد فى تشخيص المقامرة المرضية على التشخيص التصنيفى كمرحلة مبدئية، وصولاً إلى التشخيص الدينامى، وسنعرض فى التشخيص التصنيفى لأعراض المقامرة المرضية، ولإصدارات الدليل التشخيصى الإحصائى، الصادر عن لجنة المسميات والاحصائيات التابعة للجمعية الأمريكية للطب النفسى DSM، وننتقل بعد ذلك للتشخيص الدينامى، لنعرض لمراحل المقامرة المرضية .

أولاً :- التشخيص التصنيفى للمقامرة المرضية :

لا يمكن النظر للتشخيص التصنيفى للمقامرة المرضية على أنه مجرد تسمية مناسبة من حيث أن المقامرة التى يعانىها المفحوص، مقامرة إجتماعية أو قهرية أو مقامرة مشكل Problem gambling، لكن التشخيص التصنيفى للمقامرة يقوم على تصنيف الأعراض،

وربطها بنظرية معينة، فعند تشخيصنا للمقامرة يجب أن نفرق بين ما هو مقامرة مرضية أو إجتماعية، فهذه الأخيرة تهدف للتسلية دون التعرض للمخاطرة، كما تهدف أيضاً للحصول على المال، وذلك على عكس المقامرة المرضية، الهدف منها الإثارة والمخاطرة، ولا يهم المكسب أو الخسارة لذا نجد المقامر المرضى يقضى أوقاتاً طويلة فى اللعب، قد تصل ليوم كامل دون أن يأكل أو ينام، كما أنه ينفق كثير من الأموال، كى يحصل على الإثارة المطلوبة وفى اللحظة التى تتحقق فيها الإثارة المطلوبة، ينسحب المقامر لفترة ما، ثم يعود من جديد للمقامرة.

ويرى بعض الباحثين أن المقامر المرضى لا يهتم بالإثارة فى حد ذاتها، ولكن لأنها تساعد على الهرب من ذاتة، وعدم الاحساس بالذنب حتى يستعيد الفرد توازنه النفسى من جديد، وكأن المقامرة بذلك أداة للتطبيب الذاتى self-medication عن طريق بعض الميكانزمات العقلية المتمثلة فى تشوهات الفكر distortion thinking والأفكار والمعتقدات الثابتة، والتفكير الخيالى، وهم القدرة المطلقة omnipotence وهم القدرة على التحكم illusion of control، والسلوك القهرى، والاجتناب والسلوك المضاد للمجتمع، واضطراب التحكم فى الدفعات والسلوك الجنسى القهرى Compulsive sexual behavior .

(Black, D. & Moyer, T. 1998, p. 1434)

ومع هذه الأعراض يستخدم المقامر المرضى ميكانزم «الانكار» حيث ينكر المقامر على نفسه صفة المقامرة، ولا يرى أنه مقامر، إنما هو باحث عن الإثارة والمتعة والتسلية، وفى هذا الصدد يرى «نونان» أن المقامرين الذين لا يعانون من مشكلات فعلية من المقامرة يدركون أنهم غير مقامرين، وأن كل ما يراهنون عليه ليس إلا مجرد لعب للتسلية والإثارة .

(Noonan, G. 1996, p.12)

ويشمل الانكار أيضاً ما يحققه الآخرين من إنتصارات، حيث ينظر المقامر المرضى لما يحققه الآخر من فوز على أنه أمر مؤقت، وأن الفوز الساحق فى النهاية سيكون من نصيبه، مما يجعل المقامر فى حالة إنتظار دائم لمأدبة الحظ الوافر، وهو إنتظار مريض لا يجد فيه المقامر نهاية حاسمة، بل هناك على الدوام بداية متجددة لأمل شاذ وانتظار للشيء، وعلى الرغم من أن

هذا الأمل الشاذ المريض قد يقضى على الشعور بالملل، إلا أنه فى الآن نفسة يقضى على أشياء أخرى جميلة .

ويشير بعض الباحثين إلى أعراض أكثر أهمية للمقامرة المرضية تتمثل فى أعراض تدمير الذات مثل : إرتكاب الجرائم، والاستدانة بكثير من الأموال، وتدمير العلاقات الأسرية، والعلاقات البينشخصية، ويصل حد التدمير للذات فى بعض الأحيان للانتحار .

(National academy press, 1999, p. 98)

وتحدد مؤسسة أريزونا للمقامرة القهرية، مجموعة من الأعراض التى توضح المقامرة المرضية، تشمل هذه الأعراض كثير من الأعراض التى وردت فى الدليل التشخيصى الاحصائى «DSM» الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسى، تتضح فيما يلى :

١- إهنمام كبير بالمقامرة والاعتماد على الخبرة ووضع الخطط فى اللعب للحصول على أكبر قدر من المال .

- ٢- يجرى كثير من المحاولات للتوقف عن المقامرة، لكنها تفشل .
- ٣- الشعور بالتوتر والقلق عند محاولة التوقف عن المقامرة .
- ٤- يقامر للهروب من مشاكله، وللقضاء على الشعور بالعجز والذنب والقلق والاكتئاب، وفى بعض الأحيان تكون المقامرة وسيلة للهرب من الآلام البدنية .
- ٥- كثير الكذب على الأسرة وعلى المعالج .
- ٦- يعتمد على الآخرين مالياً، ويستدين لكثير من الأموال .
- ٧- يقوم بأعمال إجرامية مثل التزوير والاحتيال والسرقه .
- ٨- يفقد كثير من العلاقات الاجتماعية، وقد يفقد وظيفته ويخاطر بنفسه من أجل المقامرة،
- ٩- يفكر فى الانتحار كثيراً، وقد ينتحر بالفعل .
- ١٠- يشعر بالذنب والندم بعد المقامرة
- ١١- يخصص أوقات كثيرة لممارسة المقامرة .
- ١٢- يفقد إهتمامه بالعديد من الأنشطة .

- ١٣- يقامر للحصول على ثروة كبيرة .
- ١٤- يقامر فى فترات الأزمات التى يمر بها .
- ١٥- تغير جوانب كثيرة فى شخصيته فيصبح كثير الغضب والتوتر والاكتئاب وكثير النقد .
- ١٦- ينسحب تماماً من أصدقاء وأسرة .
- ١٧- ينكر المقامرة، وعندما يواجه بها يمتنع عن النقاش والمواجهة .
- ١٨- يقامر فى كل وقت حتى فى العطلات الرسمية والمناسبات .
- ١٩- يقامر بمفرده، وله ألعاب مفضلة .
- ٢٠- المال فى نظرة، خلق من أجل أن يقامر به .

(ACCG. 2000, p. 1-5)

ويعتمد التشخيص التصنيفى على قوائم التصنيف، وهى كثيرة ومتنوعة، أشهرها قوائم التصنيف التى وردت فى الدليل الذى نشرته لجنة المسميات والاحصائيات التابعة للجمعية الأمريكية للطب النفسى والعقلى، وتشمل :-

١- الدليل التشخيصى الاحصائى الثالث للمقامرة المرضية :

Diagnostic and statistical Manual III (DSM III) for pathological gambling

أصدرت الجمعية الأمريكية للطب النفسى ، الدليل التشخيصى الاحصائى الثالث للمقامرة المرضية سنة ١٩٨٠، وأوضحت فيه، أن الخاصية الاساسية للمقامرة المرضية هى الفشل المزمّن والمتكرر فى مقاومة سلوك المقامرة، نظراً لأن المقامرة عبارة عن اضطراب فى التحكم فى الدفعات، مثلها مثل هوس السرقة kleptomania والإدمان، تؤدى لكثير من المشكلات الأسرية والاجتماعية والمهنية، وأن مثل هذه المشكلات لا تحث الفرد على التوقف عن المقامرة، بل تزيد من الدافعية للمقامرة، فكلما زادت الضغوط النفسية، كلما زادت معدلات المقامرة.

والمشكلات التى يتعرض لها المقامر تبدأ بالانقطاع عن العمل لممارسة المقامرة لفترات طويلة، ثم تنقل إلى كثرة الديون والأزمات المالية، واضطراب العلاقات الأسرية ثم تنهى باختلاس الاموال والسرقه والتزوير والاحتيال والتهرب من الضرائب Tax-evasion

ويرى المقامر المرضى أن الأموال هى سبب كل المشكلات وأنها أيضاً الحل الوحيد لكل المشكلات، لذا نجده حريص على الحصول على المال لى يقامر به، فهو يرغب فى المال للمقامرة ولا يقامر للحصول على المال، فهو وسيلة للمقامرة وليس غاية فى حد ذاته، وعندما لا يجد المقامر المال يستدين أو يكذب على الأسرة للحصول عليه، وإن لم يستطيع، يتجه للأعمال الاجرامية المضادة للمجتمع مثل السرقة والاختلاس والاحتيال والتزوير، وعندما يختلس تكون لديه النية فى بعض الأحيان لارجاع ما إختلسه من مال .

ومن ناحية الخصائص العامة للمقامر، نجده يتسم بالنشاط والحيوية وكثرة الانفاق، ويغلب عليه الطابع الاكتئابى والقلق والتوتر .

أما فيما يتصل بالمستوى العمرى، فعادة ما تظهر المقامرة المرضية فى بداية المراهقة، وإن كانت المقامرة فى بدايتها قد تبدو غير مرضية، إلا أنها مع مرور الوقت تصبح مرضاً مزمناً . وتزداد المقامرة فى حالة عدم قدرة المقامر على سداد ديونة أو تلبية حاجاته الخاصة، وحاجات أسرته، وعند الوصول لمثل هذه الدرجة يصبح المقامر غريب عن أسرته ويفقد كل ما أنجزه فى حياته، مما قد يدفعه للأعمال الاجرامية التى لا تتسم بالعنف، فيقبض عليه، وقد يفكر فى الانتحار .

وفىما يتصل بالعوامل المهيئة للمقامرة المرضية فتشمل، فقدان الوالدين أو أحدهما عن طريق الموت أو الطلاق أو الانفصال، قبل أن يصل الفرد إلى خمسة عشر عاماً، هذا بجانب نظام التربية غير الملائم مثل : (غياب الوالدين باستمرار تذبذب التربية والقسوة) وممارسة المقامرة فى المراهقة، والاهتمام بالقيم المادية والمالية، ونقص القيم الخاصة بالادخار والتخطيط.

وعن مدى إنتشار المقامرة، لم يذكر الدليل التشخيصى الاحصائى الثالث أى بيانات عن ذلك، إذ لم تتوفر بيانات كافية عن مدى إنتشار المقامرة .

ويذكر الدليل التشخيصى الاحصائى الثالث أن الفرد قد يتعلم المقامرة من نمط مألوف بالنسبة له، وأكثر هذه الانماط شيوعاً، صورة الأب بالنسبة للذكر وصورة الأم بالنسبة للفتاة، وإذا كانت المقامرة تمارس من جانب الذكور والاناث، إلا أنها أكثر شيوعاً لدى الرجال عن الاناث .

وفيما يتصل بالتشخيص الفارق، يفرق الدليل التشخيصى الاحصائى الثالث بين المقامرة المرضية والاجتماعية، ويرى أن هذه الأخيرة تكون بغرض التسلية، ويصبح المقامر فيها أكثر تقبلاً للخسارة، وذلك على خلاف المقامرة المرضية التى يحدث فيها كثير من الاضطرابات المزاجية فى حالة الخسارة، بجانب أعراض الاتجاه المضاد للمجتمع والذى يكون قاصراً على جمع الأموال . ويوضح الدليل التشخيصى الاحصائى الثالث بعض المحكات للمقامرة المرضية والتى تشمل :

أولاً: عدم القدرة على الامتناع عن المقامرة، وتطور وتزايد حدتها بشكل سريع .

ثانياً: تدمير حياة المقامر من حيث شخصية، وأسرته، ومهنته، ويبدو الجانب المرضى فى المقامرة، إذا كان لدى المقامر ثلاثة مما يأتى :

١- تم القبض على المقامر بسبب التزوير أو الاحتيال أو الاختلاس أو التهرب من الضرائب، وذلك للحصول على المال اللازم للمقامرة .

٢- عدم القدرة على سداد ديون المقامرة .

٣- كثرة الاضطرابات الأسرية والزواجية .

٤- الحصول على الأموال من قنوات غير شرعية .

٥- العجز عن تفسير عوامل المكسب أو الخسارة .

٦- فقد العمل بسبب المقامرة .

٧- دائماً فى حاجة لشخص آخر يعتمد عليه لتلبية حاجات المقامرة .

ثالثاً: تؤدى المقامرة للسلوك المضاد للمجتمع وليس العكس، أى أن المقامرة سبب وليست نتيجة

(American Psychiatric Association. 1980)

٢- الدليل التشخيصي الاحصائي الثالث المعدل للمقامرة المرضية

Diagnostic and statistical Manual III. R. for pathological gambling. (DSM. III. R.)

فى هذا الاصدار، أوضح الدليل التشخيصي الاحصائي الثالث المعدل، نفس ما جاء به فى الدليل السابق مع إضافة بعض التوضيحات للمقامرة المرضية، والخاصة بنسبة إنتشار المقامرة المرضية، التى إتضح أنها تتراوح ما بين ٢٪: ٣٪ بين الراشدين، كما أوضح الدليل أيضاً بعض المحكات التشخيصية التى ترى أن سلوك المقامرة سلوك لا توافقى يتضح من خلال حصول الفرد على أربعة على الأقل مما يلى :

- ١- إنشغال دائم مستمر بالمقامرة والحصول على المال الازم للمقامرة .
- ٢- المقامرة بكثير من الأموال وفترات طويلة لم يكن يتوقعها المقامر نفسه .
- ٣- كثير الاستدانة للمقامرة من أجل الإثارة .
- ٤- التوتر والقلق فى حالة التوقف عن المقامرة .
- ٥- يبذل مجهود كبير فى إيقاف اللعب .
- ٦- يقامر فى حالة تحقيق مكاسب إجتماعية أو وظيفية .
- ٧- يترك كثير من الأنشطة الوظيفية والاجتماعية لى يقامر .
- ٨- يستمر فى المقامرة رغم كثرة مشاكلها وعدم قدرته على دفع ديونها .
- ٩- إذا تعرض لخسارة كبيرة لابد أن يستمر فى اللعب للتعويض .

(American Psychiatric Association, 1987)

٣- الدليل التشخيصي الاحصائي الرابع للمقامرة المرضية .

Diagnostic and statistical Manual, IV. FOR Pathological gambling. (DSM. IV)

أضاف الدليل التشخيصي الاحصائي الرابع للمقامرة المرضية - أضاف العديد من الجوانب التشخيصية، بجانب ما جاء فى الدليل التشخيصي الاحصائي الثالث والمعدل وقد

أوضح هذا الدليل أن المقامرة المرضية بحث عن الإثارة والمخاطرة أكثر منها بحث عن المال وذلك لأن المقامرة المرضية إضطراب فى التحكم فى الدفعة، ويستمر المقامر فى اللعب رغم المكسب أو الخسارة ورغم محاولاتة للتوقف عن المقامرة وذلك حتى يصل لحالة الإثارة التى يرغب فيها. ويصبح المقامر المرضى أكثر توتراً وقلقاً عند محاولة التفكير فى التوقف عن اللعب، لأن المقامرة بالنسبة له هروب من المشاكل ووسيلة للترويح ضد إضطراب الحالة المزاجية مثل : الاحساس بالعجز والذنب والقلق والاكتئاب والتوتر .

وهناك كثير من الخصائص العامة للمقامرة المرضية التى تم ذكرها فى الدليل الثالث والمعدل أضيف إليها خصائص مثل التشوهات الفكرية التى تتضح فى الإنكار والتفكير الخيالى والثقة الزائدة بالذات والاحساس بالقوة والتحكم فى الأشياء، هذا إلى جانب سهولة الاحساس بالضيق والملل والتعرض للإصابة بأمراض مثل قرحة المعدة والصداع النصفى واضطرابات المزاج وتشتت الانتباه والنشاط الزائد وتناول المخدرات والتوتر الزائد، هذا بالإضافة إلى إضطرابات الشخصية الحدية Borderline واضطراب الشخصية النرجسية والمضادة للمجتمع، التى تبدو فى الجرائم بأنواعها المختلفة .

وفيما يتصل بالخصائص النوعية والثقافية الخاصة بالمقامرة المرضية، يوضح هذا الدليل أن هناك فروق ثقافية كثيرة من حيث طريقة اللعب والممارسة وأنواع الألعاب، كذلك هناك فروق بين الذكور والاناث فى ممارسة المقامرة، حيث يزداد عدد الذكور على الاناث فى ممارسة المقامرة، فبينما يمارس الذكور المقامرة فى كل الحالات والاضطرابات النفسية التى يمرون بها، نجد أن الاناث يكثر لعبهن للمقامرة فى حالات الاكتئاب والضغط النفسى، وتصل نسبة الاناث المقامرين فى المجتمعات الغربية من ٢٪ : ٤٪ من مجموع المقامرين، أما عن نسبة إنتشار المقامرة بين الراشدين بصفة عامة فتصل من ١٪ : ٣٪ .

ومن ناحية التشخيص الفارق، يشير هذا الدليل لضرورة التمييز بين المقامرة المرضية والاجتماعية والمحترفة، فالمقامرة الاجتماعية تكون بغرض التسلية، ويمارسها الفرد لأوقات قصيرة، أما المقامرة المحترفة فتقل فيها نسبة المخاطرة ويتم تنظيمها وفق قواعد وقوانين

محددة، ولا يقبل الفرد فيها الخسارة، أما المقامرة المرضية تتحدد إذا كان لدى الفرد خمسة مما يلى :

- ١- الانشغال الكامل بالمقامرة والمال الازم للمقامرة .
- ٢- المقامرة بكثير من المال للحصول على الإثارة المطلوبة .
- ٣- فشل المحاولات فى القضاء على المقامرة .
- ٤- التوتر والقلق لحظة التفكير فى التوقف عن المقامرة .
- ٥- يقامر للهرب من المشاكل واضطرابات المزاج .
- ٦- يكثر من اللعب لتعويض الخسارة .
- ٧- كثير الكذب والانكار على الأسرة والمعالج .
- ٨- يرتكب كثير من السلوكيات الاجرامية مثل التزوير والاحتيال والسرقة والإختلاس للمقامرة.
- ٩- يخاطر بنفسه ويقطع علاقاته مع الآخرين، ويفقد وظيفته أو يتم فصله من الجامعة إذا كان طالباً .
- ١٠- يقترض كثير من الأموال من الآخرين .

(American Psychiatric Association, 1994)

وإذا كان الدليل التشخيصى الاحصائى الثالث والمعدل والرابع، قد أمدونا بكثير من المعلومات عن المقامرة المرضية، إلا أنه يجب مراجعتها بشكل مستمر فى ضوء التطور المستمر للنظريات والمفاهيم، وفى ضوء ما يجد من حقائق ومصطلحات، كذلك فإن الاعتماد على التشخيص التصنيفى على أساس الأعراض لا يساعد إلى حد كبير فى التنبؤ عن تطور الحالة أو فى فهم الاضطرابات التى يعانيتها المقامر، كما أن تصنيف المريض تبعاً للأعراض قد يختلف، فالأعراض مُضلة ولا ترتبط بالضرورة بالأسباب، وقد تنشأ الأعراض المختلفة من نفس الأسباب، والأعراض إنتقالية ومتغيرة، إلا أن ما يكسبه المريض منها هو الذى يغلب أن يكون أكثر ثباتاً، وقد يبدو على المقامر المرضى أعراض عابرة Transient symptoms تتطابق جزئياً مع الأعراض التى جاء بها الدليل التشخيصى للمقامرة المرضية، ولكن هذه

الأعراض هى رد فعل لصعوبات ومشاكل إنفعالية أو عاطفية أو ذات صلة لما يشعر به المريض من توتر وقلق . (Blaszczynski, A. 1998, p.37)

وتبدو مشكلة الأعراض بالنسبة للمقامر فى أن بعض حالات المقامرين، قد تبدو مثل الاسوياء ولا تتضح الاعراض إلا بعد أن يدمر المقامر ذاته، وربما تظهر لديه بعض الأعراض المرضية التى تبدو فى محتواها الظاهر سوية، وعندما يحاول المعالج إعطاء تفسير لهذه الأعراض، يذكر أن شيئاً ما يتغير فى سلوك الفرد دون أن يقوى على تحديده، وفى ضوء ذلك يرى (جاكوبس) أن هناك بعض الأعراض الواضحة التى إن ظهرت على المقامر، يمكن تصنيفه مقامراً مرضياً، وهى: عدم القدرة على الإمتناع عن المقامرة إلا من خلال مساعدة الآخرين، وعدم الأمانة، وعدم القدرة على مساعدة الآخرين، وإخفاء ما يقوم به من أفعال، خاصة ذات النتائج السلبية. (Jacobs, D. 1999. p.2)

وفى تناوله لمشكلة الأعراض فى تشخيص المقامرة، يوضح «ستييجبور» أنه على الرغم من ظهور العديد من التصنيفات للمقامرة وتوضيح كثير من الأعراض فى قوائم التصنيف، إلا أن الباحثين يجدون صعوبة فى تشخيص المقامرة بناء على الأعراض، وذلك لتداخل الأعراض وتشابكها. (Stegbauer, C. 1998, p. 85)

وإذا كانت الأعراض مضللة ومتداخلة ومتشابكة، ولا ترتبط بالضرورة بالأسباب، فإن ما يهمنا فهم العلاقة الدينامية بين الأعراض والشخصية فى طابعها الكلى، ويتضح ذلك من خلال جمع بيانات صحيحة . عن المقامر وتفسير دلالتها الكلينية، مع وضع أسلوب ثابت فى تقييم المقامر وفق نظرية محددة، ويستخدم الباحث فى ذلك نظرية التحليل النفسى بوصفها نظرية تتنبأ بسلوك المقامر فى صيغة الكلية الشمولية، بجانب أنها توضح فروض الدراسة، وأسباب المقامرة المرضية، هذا بالإضافة إلى أنها توضح، كيف وصل المقامر لما هو عليه الآن؟، إذن نحن بحاجة إلى تشخيص دينامى يرى اللوحة الكلينية للمقامرة المرضية فى طابعها الكلى والشمولى .

ثانياً : التشخيص الدينامى للمقاومة المرضية :

يعتمد التشخيص الدينامى للمقاومة المرضية على دراسة الكثير من جوانب شخصية المقامر وفق النظرية المتبعة فى الدراسة «التحليل النفسى»، لذا لابد من توضيح الدوافع الغريزية وأنواع الصراع والإهتمام بميكانيزمات الدفاع التى يلجأ إليها المقامر للتخفيف من حدة الصراع. فالمقاومة المرضية تعبير عن جوانب الصراع الدائر فى الجنسية الطفلية، ونظراً لأن الصراع هنا يتركز حول «الاستمناء» يظهر القلق والشعور بالذنب، وإذا كان البعض يرى أن هناك مبالغة فى القول بأن إستشارة اللعب تناظر الاستثارة الجنسية، واستثارة الكسب تناظر إستثارة النشوة، تماماً كما أن إستثارة الخسارة تناظر عقوبة الخضاء- إذا كان الأمر كذلك، فقد جاء هذا التأكيد على لسان بعض أفراد العينة، إذ يوضح أنه أثناء اللعب وشدة المنافسة أحياناً ما يحدث له «إنتصاب»، هذا إلى جانب إستخدام كثير من العبارات الجنسية، أثناء اللعب، ففى حالة المكسب يشير اللفظ للوضع الجنسى الايجابى المعبر عن نشوة الانتصار والجنس معاً، أما فى حالة الخسارة يشير اللفظ للوضع الجنسى السلبى الذى يقابل (الخضاء) (Castration)، يضاف إلى ذلك أن غالبية المقامرين يعملون على «تجنيس اللعبة» sexualisation the game أو ما يعرف بتجنيس العالم. sexualisation the world

والصراعات الجنسية الطفلية تعمل على القلق والشعور بالاثم، فيحاول المقامر المرضى التخفيف من ذلك عن طريق اللعب بصورة قهرية، وفى هذا الصدد يوضح «أو توفينخل» «أن كثير من القههور تهدف لارضاء مطالب الأنا العليا عن طريق القهرية، تماماً كالاستعراضين الذين لا يستشعرون غواية الاستعراض إلا حين يكون الشرطى على مقربة منهم، أما من الناحية الكمية فهناك فرق: فالصراع مع الأنا يهيمن فى الأغلب على اللوحة فى الأعصبة الاندفاعية شأنها شأن الحالات الهوسية الاكتئابية، كثيراً ما تنطوى على تناوب دورى بين فترات محملة بالاثم وفترات تبدو فيها الأنا العليا غير فعالة . وكمثال لهذا النمط، وصف «فرويد» «المجرم بفعل مشاعر الإثم» أى الأشخاص الذين يطحنهم إثم لا شعورى إلى حد أنهم يأتون فعلاً زميماً إلتماساً للتخفيف بمعاناة العقوبة من الشعور بالإثم، إذ يبددون بذلك إثمهم المجهول الأصل بربطة بعامل معروف، وهذا هو حال المقامر المرضى .

(أوتوفنيخل، ١٩٦٩، ص ٥٠٧) .

ويرى بعض الباحثين أن التشخيص الدينامى يمر فى مراحل أربعة، فقد أشار كلاً من «ليسير وروزينثال وكستروميلت» إلى أن المقامر يمر بمرحلة الفوز ثم الخسارة ثم إنعدام الأمل وأخيراً مرحلة اليأس الكامل، وهو ما يتضح فيما يلى :

مراحل المقامرة :

١- مرحلة الفوز : The Wining phase

وتبدأ هذه المرحلة فى الفترة من ٣ : ٥ سنوات من ممارسة المقامرة، وفيها يربح المقامر أكثر مما يخسر، وقد تصل مكاسبه إلى أرقام خيالية لا يتوقعها، ويصل متوسط ما يربحه فى المرة الواحدة قدر راتبة الشهرى أو السنوى من وظيفة أو عملة، مما يدفعه لكثرة المقامرة، خاصة بعد أن أصبح محترفاً فى المقامرة ولديه من المال الكثير الذى يقامر به، فيندفع المقامر وراء المقامرة باعتقاده الوهمى أنه محظوظ وأن بمقدوره التحكم فى مجريات اللعبة، فيقضى وقتاً طويلاً فى ممارسة المقامرة ويقامر بالكثير من الاموال مما يعرضه لمزيد من الخسارة، فيدخل فى مرحلة الخسارة .

٢- مرحلة الخسارة : The Losing Phase

غالباً ما تستمر هذه المرحلة لأكثر من خمس سنوات، وفيها تتم المقامرة لأوقات طويلة وبكثير من الأموال لتعويض ما خسر، وكلما كانت الخسارة كبيرة، كلما كانت أوقات المقامرة طويلة والمبالغ المالية المراهن عليها أكثر، فكثرة الخسارة لا تجعله يتوقف عن المقامرة بل أنه يقامر بكل ما يملك من أجل التعويض، مما يؤدي لكثرة ديونه وإقتراض المزيد من الأموال من المحيطين به، وإذا سأل أحد عن كثرة حاجته للمال فإنه ينكر إستخدامه فى المقامرة، فيستمر فى الكذب ليخفى فشله المستمر، بل ويذكر للآخرين أنه مازال المقامر المحترف الأوفر حظاً والأكثر سعادة، ويمتد كذب المقامر ليشمل كل شئ فى حياته، فيعتاد عليه حتى فى المواقف التى لا يضره فيها الصدق، فهو يكذب دون وجود أى ضغوط ودون أن يكلفه الصدق شيئاً لذا قلنا من قبل: (إن المقامر يكذب بسرعة لسان القط وهو يلحق اللبن وليس مبالغة أن نقول أن كل المقامرين مبالغين وكذابون) والغريب أن المقامر يكذب حتى لو كان الصدق يخدم مصالحه،

وغالبية كذب المقامر يكون حول ألعاب المقامرة، فتجدة يوصف مهاراته فى المقامرة ويتحدث عن إنتصاراته المبهرة، ونادراً ما يتحدث عن خسارته المتعاقبة .

وفى مرحلة الخسارة، يفضل المقامر أن يراهن بمفرده دون أن يدخل ضمن فريق لعب فى مواجهة فريق آخر. ونظراً لكثرة الخسارة وعدم ثقة الآخرين فيه، فإنهم يمتنعون عن إعطاءه المال، فلم تعد أقواله وأفعاله قادرة على إقناعهم، فتبدأ حياة الإجتماعية والأسرية فى التدمير، ويدخل مرحلة اليأس .

٣- مرحلة اليأس : The Desperation phase

وهو يأس يقضى إلى التهور، حيث يقضى معظم المقامرين أوقاتهم فى هذه المرحلة، إما فى لعب القمار أو فى التفكير فيه ووضع الخطط المناسبة للعبة، ولا يستطيع المقامر أن يتوقف عن ذلك، لأن المقامرة فى اعتقاده وسيلة مناسبة لعلاج آلامه، وقد يعلم أنه سيخسر، لكن لا يهم!

ويستمر الكذب فى هذه المرحلة ليصل لأعلى درجة عن ما كان عليه فى المرحلة السابقة، ورغم أن الآخرين لا يصدقونه فى كل ما يقول، إلا أنه مازال واهماً أن بمقدوره إقناعهم بكذبه، وعندما يدرك أنهم لا يصدقونه يغضب منهم كثيراً وربما يقطع علاقته معهم ويلقى باللوم عليهم لما وصل له حالة، فهم السبب فى كل مشكلة، فيما أنه يرى أن المال هو سبب كل المشاكل وأنه الوحيد القادر على حلها، وبما أن الآخرين لا يرغبون فى إعطاءه المال الازم للمقامرة، إذن هم السبب فى كل مشكلة. مما قد يدفعه لكثير من الأعمال الاجرامية غير العنيفة، مثل السرقة والنصب والاحتيال، والاختلاس، وقد ينظر بعض المقامرين إلى الإختلاس على أنه قرض وسوف يقوم بإعادته لحظة الفوز الكبير الذى هو حتماً فى إنتظاره .

ونظراً للخسارة المتكررة، وتدهور علاقات المقامر مع الآخرين، خاصة أسرته وزوجته إذا كان متزوجاً، تظهر لديه الرغبة فى التوقف عن المقامرة لكنه يفشل رغم كثرة المحاولات، فيشعر المقامر هنا باليأس من إنتظاره الدائم لمأدبة الحظ، واليأس أيضاً من عدم قدرته على الامتناع عن المقامرة، ورغم ذلك لا يذكر لأحد فشله المتكرر ويأسه المتواصل، لما يعانىة من الكبرياء

الكاذب، False pride، فتراكم الاحباط هو ما يجعله يائساً، فلا هو قادر على الفوز، ولا قادر على التوقف عن المقامرة، ولا قادر على إقناع الآخرين بأن يقرضوه المال، ولا هو قادر على تعويض الخسارة، وقد لا يجد سبب واحد للمقامرة، لكنه يقامر ! وهذا ما يعرف بعرض عدم القدرة على التحكم، لأن المقامرة فى نظرهم هى الوحيدة القادرة على التحكم فى كل شئ، وفى اللحظة التى يحاول المقامر التحكم فى المقامر ويظن أنه تحكم فيها، تتحكم هى فيه وتقضى عليه .

٤- مرحلة اليأس الكامل:

وفى هذه المرحلة يرى المقامر أن ليس هناك أى أمل فى حل كل المشكلات التى يتعرض لها، ويمر المقامر بحالة من الامبالاه، حتى فيما يتصل بالموت والحياة، ويرجع أن تنتهى هذه المرحلة بالانتحار، وأن لم تنتهى بالانتحار، تنتهى بالجريمة أو الايداع فى السجن .

(Lesieur, H. & Rosenthal, R. 1991, p.122) (Custer, R. & Milt, H.

1985, p. 136) (ACCG. 2000)

العلاج النفسى الجماعى للمقاومة المرضية

مقدمة :

يرى الباحث أنه عندما يصبح الفرد مقامراً، فهذا جنون. أما وأن يكون مقامراً مرضياً، فهذا منتهى الجنون، جنون يدمر ذات الفرد وأفكاره، لتصبح الحياة بعد ذلك مجرد ثلاثة أحداث : يولد، ويعيش، ويقامر، أو يقامر ليعيش ! مما تضطرب معه أفكار الفرد ومعتقداته فيرى أن المقاومة ليست مرض أو مشكلة، وإنما هى علاج وحل لكل مشكلة، ووسيلة للهروب من الذات والقضاء على الآلام. ومثل هذه المعتقدات تجعل من علاج المقاومة أمراً صعباً للغاية من خلال الدراسة النظرية والعملية للبحث عن الحقيقة والمعرفة والتمييز بين الصواب والخطأ وفض الاشتباك بين المتناقضات الكثيرة لدى المقامر، فأتثناء العلاج للمقامر، يجد المعالج نفسه أمام كيان ليس له مبادئ، فهو إما فوق المبادئ أو تحتها! وكل ما يراه مظلماً وكل ما يفكر فيه وهماً، وهو لا يفكر بعقلة، لذا من الصعب أن يجد نفسه مخطئاً، وهو إذ يفكر بعقلة، فإنه يتصرف بجنون، وإذا أدرك أن المقاومة تدمر حواسه الخمس، إدعى أن لديه الحاسة السادسة. وإذا رأى أنها إنتحار، فإنه يلعنها، لكنه لا يستطيع أن يبتعد عنها، إذ ليس هناك طريقة أفضل للانتحار منها !

ويرى الباحث أنه إذا كانت المقاومة مرضاً شديداً القسوة، فإن العلاج أشد قسوة منها، إذ يعاني المقامر من اللعب، ويعانى أكثر من الإمتناع عن اللعب لذا، نقول «أن المقامر إذا حضر للمقاومة تعب وإذا غاب عنها ندم» وهذا ما يجعل بعض المقامرين يرون أن الحاجة للعلاج هى بمثابة (إحتياج يائس) ففى نظرهم لا جدوى من العلاج وأن أفضل طريقة للسعادة المقامر، أن يستمر فى اللعب .. ولا يفكر فى الخسارة .

وعندما يصبح الأمر كذلك، يصعب العلاج، لأن المقاومة لا تموت بالعلاج وإنما بالرغبة فى العلاج والأمل فى الشفاء، ويبدو العلاج صعباً فى المجتمعات العربية، لأن هذه المجتمعات تنتظر للمقامر على أنه «مجرم» وجب عقابه، وليس «مريض» يطلب العلاج، مما جعل ظاهرة المقاومة تعمل فى الخفاء وتزداد مرضاً على مرض فى الخفاء أيضاً .

وعلى العكس من ذلك تنظر المجتمعات الغربية للمقامر على أنه (مريض) وجب علاجه وليس (مجرماً) وجب عقابه .. وهذا الذى جعلها تسارع بعمل مزيد من الابحاث والدراسات العلمية وتصميم البرامج العلاجية للمقامرين، بل وإنشاء المؤسسات والمستشفيات العلاجية الخاصة فقط بالمقامرة المرضية، وذلك مثل مؤسسة (المقامر المجهول) Gambler Anonymous فى الولايات المتحدة الأمريكية، والتى أنشأت عام ١٩٨٠، وتعتبر من أهم المؤسسات العلاجية للمقامرة فى العالم. فقبل عام ١٩٨٠ كانت هناك الكثير من المؤسسات العلاجية للمقامرة، لكنها كانت تستخدم برامج علاجية لا تساعد على العلاج أو تعديل سلوك المقامر. ولكن مع ظهور مؤسسة «المقامر المجهول» أصبح العلاج النفسى للمقامر فعالاً ومفيداً، وذلك لاستخدام برامج وأساليب علاجية متنوعة أهمها العلاج الجماعى والسلوكى .

لذلك يتناول الباحث العلاج الجماعى كاسلوب علاج ثبتت فاعليته لدى المقامر المرضى ولكن قبل ذلك يتناول الباحث باختصار، البرامج والطرق العلاجية المختلفة للمقامرة المرضية، ومنع الانتكاسة للمقامرة المرضية .

الطرق العلاجية المختلفة للمقامرة المرضية :

هناك العديد من البرامج والطرق العلاجية للمقامرة المرضية مثل العلاج الجماعى، والعلاج التحليلى السيكو دينامى، والعلاج السلوكى، والعلاج المعرفى، والدوائى، والمساعدة الذاتية، والعلاج التلقائى (Rabow, j. et, al. 1984, p. 190) . وبعض الطرق العلاجية تتناول أنواع متعددة من العلاج فى وقت واحد، إلا أن أكثر الطرق العلاجية شيوعاً، العلاج السلوكى أو المعرفى والعلاج بالتحليل النفسى والعلاج الجماعى .

(Lopez, v. & Miller, W. 1997, p. 684)

فخلال النصف الأول من القرن العشرين، قدم التحليل النفسى أول محاولة علمية منظمة لعلاج المقامرة المرضية أو إنطلق هذا العلاج من قاعدة أساية مؤداها : أن لكل شئ معنى ووظيفة، حتى أن أكثر السلوكيات تدميراً للذات لها معنى، ووظيفتها الدفاع عن الفرد لاعادة توازنه وتوافقة المفقود. ومن خلال ذلك أوضحت النظرية التحليلة أن المقامرة المرضية عرض أو

تعبير عن ظروف نفسية كامنة يجب على المعالج أن يكشف النقاب عنها، وأن يدرك أن بعض المقامرين لا يرغبون فى فهم لماذا يقامرون، حتى لا يتوقفوا عن المقامرة، ويشير العلاج التحليلى إلى أن توقف المقامر عن سلوك المقامرة قد يجعله أكثر إكتئاباً، مما يدفعه لتبنى سلوكيات أخرى يدمر بها ذاته، لذلك لابد أن ينصب العلاج على الدوافع اللاشعورية الكامنة وأن يساعد المقامر المرضى على فهم هذه الدوافع، حتى يتسنى للمعالج إزالة الأعراض المرضية للمقامرة .

(Rabow, j. et, al. 1984, p. 87)

ويرى كثير من الكليينكيين أن العلاج التحليلى فعال ومفيد لكثير من الاضطرابات المرضية خاصة تلك التى تتصل بالطابع النرجسى والمازوخى للمقامرين، والذي ينظر لها المقامر على أنها نوع من الإثارة، لذا نجد فرويد يحدد قاعدة أساسية للمقامرة: «لا يقامر المقامر من أجل المال وإنما من أجل الإثارة» .

(Walkler, M. 1995, p. 105)

ويحاول العلاج التحليلى أن يعيد بناء أنا المقامر من جديد من خلال القضاء على التخيلات النرجسية والاستقلالية الكاذبة. Pseudo-independence. ومواجهة مشاعر النقص والدونية، كما يحاول العلاج أيضاً تضميد جراح الأنا وصراعات الطفولة خاصة ما يتصل بالموقف الأوديبى (National Acadmy press, 1999, p. 197) وعلى الرغم من أن البعض يشكك فى فاعلية ونجاح العلاج بالتحليل النفسى للمقامرة المرضية، نظراً لصعوبة العلاج وذاتية وطول الفترة الزمنية له، على الرغم من ذلك، نجد البعض الآخر أمثال «ديكرسون» يشير إلى أن خير ما يمكن أن نقدمه للمقامر المرضى لعلاج أن نتناوله من خلال التحليل النفسى (Dickerson, M. 1984, p. 14). وما يشير لفاعلية العلاج بالتحليل النفسى للمقامرة المرضية، أن معظم الذين إستخدموه كانت نتائج إيجابية فى العلاج، وذلك أمثال «بيرجلر» الذى عالج حالات كثيرة بالتحليل النفسى، بل وحدد أيضاً العوامل التى ترتبط بنجاح وفشل العلاج بالتحليل النفسى . (Walker, M. 1995, p.117)

ويقوم العلاج بالتحليل النفسى على فئتين أساسيتين هما :

١- الطرح : Transference

٢- المقاومة : Resistance

والطرح هو الأسم الحركى الذى نعطيه للموقف الذى يرى فيه المريض المعالج على أنه شئ مهم فى حياته، فيسمح لنفسه بممارسة الأساليب العصابية والضغط الإنفعالية ضده، تماماً كما لو كان المعالج بمثابة والدية، وأثناء هذا التفاعل يدرك المعالج مواطن الضعف والقوة فى شخصية المريض، كما أن المريض يبدأ فى الاستبصار بذاته (Dickerson, M. 1984, p,66)، لذا يعتبر الطرح أهم عنصر فى الموقف العلاجى ذلك لأن الآخر متضمن فى الأنا بوصفه نموذجاً أو موضوعاً أو نصيراً أو خصماً (سول شيد انجر، ١٩٥٨، ٤٣)، لكن المريض لا يرى فى صورة المعالج النصير والمكافئ له على ما يبذل من جهد، وإنما يرى فيه عوداً أو نسخاً لشخص هام بعث من عهد الطفولة أو الماضى، من ثم يحول إليه المريض كل المشاعر والاستجابات التى كانت تنصب على هذا المثال. (سيجموند فرويد، ١٩٨١، ٤٧) ويحدث ذلك لأن الشحنات الانفعالية لليدوليس لديها إشباعات ملائمة، لذا تتجه من الفرد للمعالج (Mullan, H. & Rosenbaum, M. 1978, p.175)، وكأن الطرح بهذا المعنى هو نسخة جديدة من علاقات الماضى، يتذكرها المريض ويعيشها مع المعالج بما يتناسب مع ملابسات الموقف التحليلى، مع فارق أن المعالج يحل محل الشخص الذى كانت له به هذه الذكريات أو العواطف، وهو فى الغالب الأب أو الأم. (عبد المنعم الحفنى، ١٩٩٥، ٣٣١). والمعالج هنا ليس أمّاً فحسب أو أباً فحسب بل هو معين وسند متعدد الأوجه، ومدد نرجسى وإشباع مطمئن بلا عقاب، وتشجيع حاد يمكن من تقبل الآخر بوصفه معيناً على إستقامة المتخيل والتعرف على العلية فى دروب الصعب.

(حسين عبد القادر، ١٩٨٦، ٥٧١).

وبفضل العلاقة الطرحية يمكن للعلاج النفسى أن يحدث، إذ أن الطرح هو جوهر العملية العلاجية (سيجموند فرويد، ١٩٨٠، ١٧٠) ويصبح العلاج النفسى من خلال الطرح، عملية تصحيح للخبرة الإنفعالية والتصورات السلبية تجاه الآخرين بالتدريج (انتونى ستور، د، ١٠٧). ويجب أن نذكر هنا أن الطرح لا يعبر عن علاقة أنا- آخر، بل بين لا شعور ولا شعور، فهى ليست علاقة بين شخصين، بل بين أربعة، فتصور الأنا إنما هو صورة

الجسم التى لا يمكن إدراكها بغير تصور تعكسة المرأة، ورؤية الآخرين أمثلة لينتقل من العجز إلى التخطى ومن التجزئ إلى الاكتمال (حسين عبد القادر، ٢٠٠٠، ١١). وتبدو أهمية الطرح فى العملية العلاجية من حيث أنه يساعد على أن تنبعث الصراعات المبكرة لدى المريض بحيث تؤثر فى مشاعرة واتجاهاته نحو معالجة الذى يحاول من جانب حل عصاب الطرح الذى يعيق العملية العلاجية، ونجاح المعالج فى ذلك يعنى فتح الطريق أمام المريض لكى يواجه معاناته الداخلية بطريقة مباشرة بقدر ما يرى دفاعاته المرضية بوضوح مما يزيد من إمكانية ظهور، إستجابات أكثر واقعية. (رشدى فام، ٢٠٠٠، ٧٠) وإذا كان الطرح يشير لصراعات وجدانية غير محلولة، إلا أنه يقوم بردود أفعال واقعية لاستجابة المريض، مما يشير لضرورة ملاحظة المشاعر وبخاصة المكبوتة، مما يساعد العملية العلاجية بصفة عامة، والعلاج الجماعى بصفة خاصة.

(Hannaha, S. 1984, p. 257)

وفى العملية الطرحية يقوم المعالج بفحص أفعال مرضاة والصراعات الكامنة داخل الجماعة العلاجية، ويعمل على تشجيع مرضاة فى إكتشاف حقيقة واقعهم حتى يكونوا أكثر إيجابية، ويتوقف ذلك على قدرات المعالج ومهاراته، ومعرفة بطبيعة المشكلات التى يعانى منها أعضاء الجماعة العلاجية. (Whitaker, D. 1975, p.99) وذلك لأن المشاكل التى يعانى منها المريض والجماعة العلاجية قد تؤدى لمشاعر سلبية ومقاومة المريض، مما يقف حائلاً أمام العلاج. (Kapur, R. et, al. 1986, p. 340)

وهكذا يتضح لنا أن الطرح قضية لا يمكن تجنبها فى الموقف العلاجى، ويستغلة كلاً من المريض والمعالج، حيث يقوم المريض من خلاله بإقامة كل العقبات التى تجعل المادة غير متاحة للعلاج، ويحاول المعالج من خلاله أن يفض الصراعات ويقضى على مقاومة المريض

(سيجموند فرويد، ١٩١٧، ١٤٦)

أما المقاومة. Resistance فهى تشير إلى المشاعر السلبية التى تحدث بين المريض والمعالج أثناء التفاعل بينهم، فعندما يحاول المعالج أن يقضى على الطقوس العصابية neurotic riualised للمريض، تظهر الاتجاهات السلبية من المريض تجاه المعالج، وذلك

لأن المريض يعتبر هذه الطقوس أساساً للثبات النفسى لديه، مما يجعله يقاوم بشدة كل ما يقوم به المعالج من كلمات ومناقشات ونصح وإرشاد (Walker, M. 1995, p.107).

فالمريض كلما إقترب من إحدى الذكريات التى يمكن أن تكشفه لو صرح بها، أو التى يمكن أن يتعرف من خلالها على أفكاره الحقيقية واتجاهاته لو أعلنها، فإنه يقاوم تذكرها ويمتنع عن الاسترسال فيها، والسبب أنه يخشى هذه الأفكار والرغبات والخبرات المكبوتة، لأن قلقه يتجدد بها ومن ثم يحاول أن يستمر نسيانها لها، وتتخذ المقاومة أشكالاً مختلفة، بعضها يكون مريحاً والبعض الآخر يكون مخفياً بلباقاً، كأن يرفض المريض التعاون أو يلزم الصمت أولاً يحضر فى ميعاد الجلسة، أو ربما يثور بدون سبب أو يتحدث فى أشياء تافهة أو يحكى عن أحلام كثيرة متشابكة. وإذا إستطاع المعالج أن يكسر مقاومة المريض لإستحضار الذكريات المكبوتة، فإنه قد يستطيع من جديد أن يعايش تجاربه الصادمة .

(عبد المنعم الحفنى، ١٩٩٢، ٣٢٥)

وإذا كان العلاج السيكودينامى للمقاومة المرضية يتخذ من الطرح نقطة البداية للعلاج فإن ذلك يكون بهدف الكشف عن الأسباب الحقيقية للمقاومة من خلال الأفكار والدوافع اللاشعورية، ونظراً لأن كثير من دوافع المقاومة، تكون لا شعورية، فإن المقامر لا يتفق والمعالج النفسى فى كثير من الآراء التى يحاول المعالج أن يجعل المريض مستبصراً بها، فالاستبصار بالنسبة للمقامر المرضى يمثل الجانب الأكبر من العلاج، ففى اللحظة التى يدرك فيها المقامر دوافعه وأفكاره اللاشعورية وسلوكياته العصابية، تصبح هذه الدوافع والسلوكيات غير ذات معنى بالنسبة له، مما يجعل المقامر فى حاجة إلى الهروب من دوافعه العصابية وتكوين واجبات جديدة أكثر ملائمة وإيجابية تسمح للمقامر بالتفاعل السليم مع العالم المحيط به .

(Walker, M. 1995, p.205)

وبينما ينظر العلاج السيكودينامى التحليلى للمقاومة المرضية على أنها أحد خصائص الشخصية العصابية، نجد العلاج السلوكى Behavioral therapy ينظر إلى المقاومة المرضية على أنها سلوك متعلم يمكن القضاء عليه من خلال البيئة المحيطة بالمقامر، وتعديل

لوكيابة عن طريق الاشتراط الكلاسيكى Classical Conditioning، ويتم ذلك بأساليب سلوكيابة متنوعة تشمل : العلاج بالنفور Aversion therapy والعلاج بالمعنى Logo therapy والعلاج بالتثويم Hypno therapy، والتدعيم المتبادل Mutual Support (National Acadmy press. 1999. p200)

ويشير العلاج بالنفور إلى عملية تكوين إستجابات سلبية للسلوك غير المرغوب فيه، وقد إستخدمت الصدمات الكهربائية لذلك، وفى اللحظة التى يبدى فيها المقامر رغبة فى ممارسة المقامرة يتم تعريضه لجلسة كهربية، ويتم ذلك لأكثر من مرة، حتى يقترن سلوك المقامرة بالجلسة الكهربائية، وبناء على ذلك تتكون لدى المقامر إتجاهات سلبية نحو المقامرة .

أما العلاج بالإشباع، فيتم فيه ممارسة المقامرة بصورة مفرطة وحسب رغبة الفرد، دون الإدماج فى أى أنشطة أخرى، فكثرة الممارسة تؤدى لنوع من الانطفاء للدوافع الثانوية، ونظراً لأن المقامرة المرضية- حسب النظرية السلوكية- من الدوافع الثانوية المتعلمة، فإنه يمكن علاجها عن طريق الإشباع الذى يؤدى لإنطفاء الدافع وكفه .

(Peck, D. & Ashcroft, j. 1972, p 52)

ويشير العلاج بالارشاد السلوكى إلى ثلاثة إرشادات أوضحها «ديكرسون» .

١- ضرورة ألا يقامر المقامر عندما تتاح له فرصة المقامرة .

٢- التوقف عن المقامرة فى حالة الخسارة .

٣- البحث عن أنشطة بديلة للمقامرة .

(Dickerson, M. 1984, p. 19).

ويوضح العلاج بالمعنى للمقامرة المرضية بعض الارشادات العامة التى من خلالها يتخذ المقامر «معنى» لبعض الأشياء الحياتية، وبذلك تتكون بغض القيم والمبادئ التى قد تمنع الفرد عن المقامرة، وقد إستخدمت هذه الطريقة من قبل «فيكتور وكروج» واعتمدوا فيها على الأفكار الفلسفية الذى جاء بها «فرانكل» مؤسس العلاج بالمعنى .

(Victor, R. & Krug. C. 1967, p. 812)

ويشير العلاج بالتنويم إلى أن المقامرة المرضية يمكن علاجها من خلال الاساس الذى تقوم عليه والمتمثل فى "الاثارة"، ويتحقق ذلك من خلال جلسات التنويم، وإذا كان التنويم بصفة عامة قاصر على بعض الأفراد الهستيريين، إلا أن (جريفس) من خلال تجارية أوضح أن المقامر المرضى يسهل تنويمه عن طريق الاسترخاء وتثبيت العين فى شئ واحد .

(Griddiths, F. 1982, p. 195)

ويستخدم «كستروميلت» العلاج السلوكى للمقامرة من خلال طريقة التدعيم المتبادل التى تعتمد على تشجيع المقامر على تبني قيم أخلاقية، وإتخاذ أفكار عقلانية بديلة للأفكار غير العقلانية .

(Custer, R. Milt, H. 1985, p. 272)

وإذا كان العلاج السلوكى بأنواعه المتعددة يعتمد على الاشتراط الكلاسيكى وعمليات التعلم، فإن العلاج المعرفى للمقامرة المرضية يعمل على تعديل أنماط التفكير والمعتقدات الخاطئة، خاصة وهم القدرة على التحكم illusion of Control وهم القدرة المطلقة omnipotence، وتضحيح أخطاء الإدراك، وتغيير الأفكار غير العقلانية irrational Thinking، وإعادة البناء المعرفى Cognitive restructuring بجانب البحث عن أنشطة بديلة والقضاء على دافعية المقامرة، ويحدد «توناتو» ما يجب أن يتناوله العلاج المعرفى للمقامرة المرضية، حيث لابد من التعامل مباشرة مع العوامل الأساسية لشخصية المقامرة، والعمل على زيادة مهاراتة فى مقابل إزالة المهارات الخاصة بالمقامرة وتوضيح الاوهام الذاتية والفكر الخيالى المتمثل فى وهم القدرة على التحكم، هذا بالإضافة إلى تشجيع المقامر على تفسير الأمور من خلال وجهتى الضبط الداخلية والخارجية، والتخلى عن وهم القدرة المطلقة .

(Toneatto, T. 1999, p. 1593)

فقد أشار «سيلزر» إلى أن وهم القدرة المطلقة، يلعب دوراً أساسياً فى المقامرة المرضية إذ أنه يشير لدخول المقامرة مرحلة المرض، وقد إتضح ذلك من خلال تطبيق نظرية العميل Theory of the Client . (Selzer, j. 1992, p. 215) . ويهتم العلاج المعرفى بوهم

القدرة المطلقة، أو ما يسمية وهم القدرة على التحكم، وذلك لأن هذا النوع من العلاج يهتم بالأفكار والمعتقدات والادراكات الخاطئة، وفي ضوء ذلك، يرى أنه أفضل أنواع العلاج، نظراً لأن المرض عبارة عن فكرة خاطئة تتطلب التعديل (Vanes, R. 2000, p. 1323).

ويرى لادوسور وآخرون أن هناك أربع محاور أساسية للعلاج المعرفي للمقامرة المرضية تتمثل فيما يلي :

١- فهم العشوائية :- Understanding randomness

والتي من خلالها يتعلم المقامر أنه غير قادر على التحكم في مجريات المقامرة ونتائجها، وأن اللعبة تسير وفق الحظ والعشوائية والصدفة .

٢- فهم المعتقدات الخاطئة للمقامرين :-

Understanding the erroneous beliefs of gamblers

فتراكم المعتقدات الخاطئة لدى المقامر، والادراك الخاطئ، والفهم المريض للعشوائية في أنها يمكن أن تكون لصالح المقامر- كل ذلك يجعل المقامرة مرضية، وواجب العلاج هنا القضاء على هذه المعتقدات من خلال عملية تدريبية تقوم على تنمية مهارات جديدة للمقامر .

٣- الوعي بالإدراكات غير الدقيقة :-

Awareness of inaccurate perceptions

حيث لابد أن يتعلم المقامر أن كثرة الفشل في المقامرة قد تؤثر على إدراكاته الصحيحة وإتخاذ القرار لديه .

٤- التصحيح المعرفي للإدراكات الخاطئة :-

Cognitive Correction of erroneous perceptions

وفيه يقوم المعالج يتناول الادراكات الخاطئة ويثبت للمقامر عدم جدواها وفشلها (Ladouceur, R. et, al. 1998, p. 1111).

ويرى «شارب وتارير» أن، استمرار المقامر فى سلوك المقامرة، إنما يرجع بالدرجة الأولى إلى بعض الأفكار القهرية، مثل أن يقول : (هذا اليوم يومى.. اليوم سوف أخسر وغداً سأعوض ذلك) وعلى الرغم من عدم التأكد من هذه الأفكار وثبات فشلها فى أغلب الاحيان، إلا أن المقامر يتمسك بها لأنه لا توجد لديه وسيلة أخرى- فيما يعتقد - لحل الضغوط النفسية لديه .

لذا نجد المقامر الذى إعتاد الخسارة يتعلم كيف يواجهها وكيف يتوقعها، وذلك بأن ينمى فكرة أخرى لديه مؤداها : «أن الفوز لابد وأن يكون حليفى فى النهاية».

(Sharpe, L. & Tarrier, N. 1993, p. 408)

البرامج العلاجية للمقاومة المرضية :

تهدف البرامج العلاجية للمقاومة المرضية للقضاء على الاضطرابات النفسية والسلوكية والاجتماعية ، بل والاقتصادية التى يعانى منها المقامر، وعلى الرغم من كثرة هذه البرامج، إلا أنها لم تقدم برنامجاً واحداً يصلح لعلاج كل حالات المقامرة المرضية، وذلك لأن ما يحدد طبيعة البرنامج المستخدم للعلاج، هو الطبيعة الكلينيكية والديناميات النفسية للمقامر، وبعض العوامل الشخصية الذاتية له، وتتضمن البرامج العلاجية الشاملة للمقاومة المرضية، فى ثلاثة مراحل أساسية هى :

١- الوقاية والتدخل المباشر .

٢- المتابعة وإعادة التأهيل .

٣- عدم الانتكاسة . (Mccartney, j. 1996, p. 64)

وقبل تطبيق البرنامج العلاجى، يجب أن يحدد المعالج بعض العمليات الأساسية:-

١- تجميع البيانات الديموغرافية والخصائص الكلينيكية عن المقامر .

٢- قياس مدى فاعلية البرنامج العلاجى .

٣- قياس مدى رضى المقامر عن العلاج بعامة والأسلوب العلاجى المستخدم .

٤- تحديد العوامل التى تنتبأ بقدرة المقامر على تكملة العلاج .

(Stinchfield, R. 1994, p.1)

وفى عام ١٩٨٢ قدمت مؤسسة كاليفورنيا للمقاومة المشكل (CCPG) أول برنامج علاجى منظم للمقاومة المرضية، ويهدف هذا البرنامج لمساعدة المقامر على التوقف عن المقامرة، والعمل على توجيهه وإرشاده، ويوصى هذا البرنامج بضرورة عمل العلاج الجماعى والفردى للمقاومة المرضية، وذلك حسب طبيعة الحالة، ويحدد هذا البرنامج الخطوات العلاجية فيما يلى:-

- ١- إيجاد الأمل
- ٢- الحد من الضغوط المالية
- ٣- تنمية الشعور بتقدير الذات
- ٤- معالجة الشعور بالذنب، والخجل والندم
- ٥- التوقف عن المقامرة
- ٦- التوافق مع الرغبات والدوافع التى تساعد على المقامرة
- ٧- تنمية علاقات إجتماعية جديدة وإيجابية
- ٨- القضاء على مشكلات الحياة اليومية .
- ٩- إعادة الثقة بالذات
- ١٠- تنمية عادات ومهارات جديدة
- ١١- الابتعاد عن التفكير الخيالى وتنمية التفكير المنطقى

(CCPG. 1982)

وقد وضع «شارب وتارير» نموذجاً علاجياً للمقاومة المرضية، يعتمد على العلاقة بين العوامل السيكلوجية والمعرفية والسلوكية التى تؤدى للمقاومة، ويرى هذا النموذج أن المقامرة المرضية ما هى إلا رد فعل للضغوط النفسية التى يعانىها الفرد، وبقدر ضعف مهارات الفرد فى حل هذه الضغوط، بقدر ما يكون الدافع قوياً للمقاومة، لذا ينصب علاج المقامرة المرضية على تنمية مهارات حل الضغوط النفسية من خلال مجموعة من العوامل المعرفية والسلوكية التى تعمل ضمن منظومة أيكولوجية واحدة، وتتمثل هذه المهارات فيما يلى :

- ١- التحكم فى الإثارة الذاتية التى يبعثها سلوك المقامرة
- ٢- القدرة على مواجهة وتحدى بعض الأفكار الخاصة بالمقاومة .
- ٣- أن يصبح لدى المقامر مهارة خاصة فى حل المشكلات .
- ٤- تنمية أفكار عقلانية لمواجهة الأفكار غير العقلانية، وتعمل على التدعيم الإيجابى للتوقف عن المقامرة .

ويرى «شارب وتارير» أن ما يساعد هذا النموذج العلاجى على التطبيق، كثرة مرات الخسارة فى المقامرة، وإن لم يتقبل المقامر هذا النموذج مع كثرة التعرض للخسارة فى المقامرة، فسوف يظهر لديه إنخفاض فى تقدير الذات، وإدمان الكحوليات ومزيد من المشكلات المالية والضغط الاجتماعى. (Sharpe, L & Tarrier, N. 1993, pp. 407-412)

وقد وضع «هودجنز وجوبالى» نموذجاً أطلقوا عليه النموذج الخارج عن الحدود النظرية Transtheoretical Model، ويهتم هذا النموذج بالتغيير السلوكى للمقامر من خلال ثلاثة مراحل : مراحل التغيير، وعمليات التغيير، ومستويات التغيير، ويتم التغيير السلوكى للمقامر من خلال عمليات التغيير، أما مراحل التغيير ومستويات التغيير، فهى مراحل تمهيدية للبرنامج العلاجى ومتغيرات للتأكد من مدى صلاحية البرنامج، ويرى «هودجنز وجوبالى» أن عوامل التغيير تشمل على : المدح، إعادة التقييم الذاتى، علاقات المساعدة، إعادة التقييم البيئى، التفريغ والتنفيس الدرامى، التحكم فى المثيرات، التحرر الاجتماعى.

وقد أجرى «هودجنز» دراسات عديدة، عن مدى فاعلية هذه المتغيرات فى علاج المقامرين، فأتضح أن أكثر العوامل فاعلية: المدح، إعادة التقييم الذاتى والبيئى.

(Hodgins, H. & El- Guebaly. 2001, p. 113)

وقد وضع «هولز» برنامج علاجى للمقامرة المرضية، يمكن تطبيقه فردياً أو جماعياً أو عن طريق نصائح الأسرة، ويهدف هذا البرنامج لتحقيق ما يلى :

- ١- الشعور بالأمل
- ٢- حل المشاكل المالية
- ٣- عدم الاحساس بالذنب والعار والندم
- ٤- التوقف عن المقامرة .
- ٥- مقاومة العوامل المسببة للمقامرة .
- ٦- تنمية المهارات الاجتماعية البديلة للمقامرة .

(Holmes, D. 2000, p. 1-2)

ويشبه هذا البرنامج لدرجة كبيرة البرنامج العلاجى الذى وضعتها مؤسسة كاليفورنيا للمقامرة القهرية (CCPG) .

العلاج النفسى الجماعى

تعريفات العلاج النفسى الجماعى :

العلاج الجماعى، عملية تتيح للمريض أن يمسك بماضية المتخفى واللاشعور بعامة فى مستوى شعورى وفى مستوى المعرفة - الشفاء، لا المجهلة، والتقدم حثيثاً فى إتجاه إعادة البناء، حيث الامساك بمسارب المقاومة، وما لم يكن يعرف أنه يعرفه، فيعيد بناء واقعة والعالم فى مستوى زمانى ومكانى يصل الماضى بالحاضر والمستقبل، فى بصيرة تعنى ما كان وما يكون ومن ثم التواصل من جديد مع عالم كان يرفضه. ويهرب منه، إذا إمتنعت عليه الأسباب والعلية، فامتنع الفهم وكان القرار خلاصاً أخيراً لمتصل شاحب بعالم مكدر، وهو ما يعنى فى مستوى آخر، إستثمار الليبدو فى العالم وغلبة الحب، وإستعادة الوجدان المفقود والثقة بالآخر وتراجع زيف الحكم، وتبدل الدفعات، إذ قويت الآن، وإتضحت الرغبة، وتراجعت النرجسية .

(حسين عبد القادر، ١٩٨٦، ٧٤٨)

وعلى الرغم من أهمية العلاج الجماعى، إلا أن الكثير كان ينظر إليه فى البداية على أنه وسيلة، غير علمية، ولا تؤدى لأى نتيجة، لكن الآن، أصبح العلاج الجماعى أداة أساسية فى كثير من العيادات والمستشفيات المتخصصة، حيث يستخدم مع كثير من الحالات والاضطرابات النفسية. (عبد الرحمن عيسوى، ١٩٧٩، ٢٣٦) مثل حالات الذهان والعصاب بعامة، وإدمان الكحوليات والمخدرات، خاصة الحالات التى يصعب علاجها بطريقة فردية، وتكون عالية التكاليف . (Gottschalk, I. & Davidson, R. 1972, p.54).

ويمثل العلاج الجماعى 'الأداة الفعالة فى علاج هذه الاضطراب، لأنه يحدث نوع من التوازن بين المنظمات النفسية الثلاثة «الهو- الأنا- الأنا الأعلى» وذلك من خلال فحص الصراعات الكامنة والرجوع لمراحل الطفولة المبكرة . (Mishne, J. 986, p.245)

وقد بدأ إستخدام العلاج الجماعى للمقامرين على يد «بوب كستر» Bobcuster عام ١٩٧١، ومنذ هذا التاريخ بدأت تظهر فنيات علاجية أخرى مشابهة للعلاج الجماعى، وكان العلاج الجماعى هو الاداة الوحيدة لعلاج المقامرة المرضية، وذلك لما يتميز به من قدرة على

تعديل سلوكيات المقامر وأفكاره الخاطئة عن المقامرة من خلال حل الصراعات وحرية التنفيس، وفتح الباب للانفعالات بأن تنطلق على الجماعة دون قيد أو شرط فتتخفف حدة الشعور بالذنب والخجل والقلق، مما يؤدي لأن يصبح المقامر أكثر ثقة بنفسه ومن ثم بالآخرين والعالم المحيط به. وبذلك يساعد العلاج الجماعى المقامرين فى النظر لكافة الصراعات من جوانب متعددة، من خلال عمليات المساندة الاجتماعية من جانب الجماعة، حيث يدرك المقامر أنه يشترك مع الآخرين فى كثير من المشكلات النفسية، مما يساعده على الاستبصار بنفسه والاستفادة من أخطاء الغير، عن طريق الجمع بين ما يعانى من خبرات ذاتية وبين ما يعيشه فى الواقع الاجتماعى (Walker, M. 1995. p. 199)

وتتمثل تعريفات العلاج الجماعى فيما يلى :

أولاً : تعريفات العلاج النفسى الجماعى فى علاقته بالمقامرة المرضية:

١ - تعريف ووكر (Walker, M) .

هو مجموعة من الطرق والفنيات التى تستخدم ديناميات الجماعة فى تغيير سلوك المقامر وبعض من جوانب شخصيته. ويلعب العلاج الجماعى نفس الدور الذى يلعبه العلاج الفردى، إلا أنه يختلف عن العلاج الفردى فى أن الجماعة تحل محل المعالج، مما يساعد على التعامل بحرية مع بعض خصائص المقامرين التى تعيق العلاج، وذلك مثل عدم الإحساس بالآخرين والحاجة إليهم، والمراوغة وقلة الصبر، وعدم القدرة على التخطيط، فالعلاج الجماعى بذلك أداة للخروج من العزلة، والاحساس بالجماعة. (Walker, M. 1995. p 196)

٢ - تعريف فرانكلين وريتشاردسون (Franklin, J. Richardson, R) .

هو أحد فنيات العلاج النفسى التى تنصب على المشكلات والأزمات التى يتعرض لها المقامر مثل المشكلات المزلية، ومشكلات العمل، والمشاكل الشخصية بما يحقق للمقامر الثبات الانفعالى والنفسى . (Franklin, J & Richardson, R. 1988. p)

ويجب أن ندرك أن تعريف كلاً من (ووكر) و(ريتشاردسون وفرانكلين) لا تنظر للعلاج الجماعى على أنه يتناول فقط المقامرين، بل إنهم ينظرون للعلاج الجماعى على أنه وسيلة لعلاج

كافة الاضطرابات النفسية بما فيها المقامرة المرضية، ولكن ما جاء فى تعريفاتهم، انما هو محاولة لتخصيص العلاج الجماعى على المقامرة المرضية.

ثانياً: تعريفات تنظر للعلاج النفسى الجماعى على أنه وسيلة لتعديل السلوك

١ - تعريف عبد الستار إبراهيم وعبد الله عسكر :

هو محاولة للتغيير من السلوك المضطرب للمرضى، والتعديل فى نظرتهم الخاطئة للحياة ولشكالاتهم من خلال وضعهم فى جماعة، بحيث يعمل التفاعل الذى يتم بينهم من جهة، وبين المعالج من جهة أخرى إلى تحقيق الأهداف العلاجية

(عبد الستار إبراهيم، عبد الله عسكر، ١٩٩٩، ٣٢٩)

٢ - تعريف كامبل. (Campbell, R)

هو طريقة لعلاج الاضطرابات الانفعالية وعدم التوافق الاجتماعى، والحالات الذهانية وفيها لا يقل عدد الجماعة العلاجية عن إثنتين، مع وجود معالج أو أكثر، وتختلف تقنية هذا العلاج باختلاف المدارس النفسية، حيث تقسم كل مدرسة العلاج الجماعى حسب نظرياتها، لذا نجد العلاج النفسى الجماعى عند «سلانسون» ينقسم إلى:

العلاج الجماعى النشط. Active group therapy

العلاج الجماعى التحليلى. Analytic group therapy

العلاج الجماعى الموجه. Directive group therapy

ولكل من هذه الأنواع أساليبها وطرقها المختلفة

(Campbell, R. 1989. pp 601-2)

٣ - تعريف أحمد عزت راجح.

العلاج الجماعى، علاج للحالات التى تعانى من سوء التوافق، وذلك فى موقف جماعى يتيح لأفراد الجماعة فرص التفاعل والتأثير المتبادل بينهم وبين المشرف الذى يحرص على ألا يحتكر المناقشة، بل يشجعها، وهو ما يحدث بدورة تغييراً فى سلوكهم وأعراضهم، بجانب

نظرتهم للحياة، ولذا فهو يستخدم لعلاج الأطفال المشكلين، وبعض حالات الفصام، والاضطرابات الانفعالية والسيكوسوماتية، بقدر ما يستخدم لعلاج مشكلات الحياة العائلية والمهنية والجنسية والإدمان. (أحمد عزت راجح، ١٩٨٧، ٦١٨)

٤ - تعريف حامد زهران :

هو علاج عدد من المرضى ممن تتشابه مشكلاتهم وإضطراباتهم معاً، وذلك بوضعهم فى جماعات صغيرة تتيح لهم فرص التفاعل والتأثير المتبادل مع بعضهم البعض وبينهم والعلاج - أو أكثر من معالجات - مما يؤدى بدوره إلى تغيير سلوكهم المضطرب - وتعديل نظرتهم إلى الحياة، وتصحيح نظرتهم إلى أمراضهم، وعادة ما يتم ذلك بصورة غير مباشرة أو غير موجهة. (حامد زهران، ١٩٧٨، ٣٠٧)

ثالثاً: تعريفات العلاج النفسى الجماعى من حيث أنه تفاعل نفسى واجتماعى؛

١ - تعريف لطفى فطيم

هو علاج يتكون من أحداث ووقائع تتم داخل جماعات ذات تنظيم رسمى تحمى أعضائها ويقودها قائد متمرس، يهدف إلى إحداث تحسين عاجل فى اتجاهات وسلوك الأعضاء والقادة من خلال التفاعلات المحددة والمحكومة داخل الجماعة (لطفى فطيم ، ١٩٩٤ ، ٤٩)

٢ - تعريف محمد أحمد النابلسى :

هو طريقة علاجية نفسية يعتمد فيها المعالج إلى استخدام طرائق التفاعل بين أفراد الجماعة بهدف مساعدة أفرادها على تخطى صعوباتهم الانفعالية، والعلائقية .
(محمد أحمد النابلسى، ١٩٩١، ١٧٧)

٣ - تعريف محمود حمودة :

هو العلاج الذى يتم فى إطار من المرضى يتراوح عددهم من (٣ - ١٥) مريضاً، ممن يتشابهون فى إضطراباتهم، بجانب معالجات نفسية أو أكثر، يسمح التفاعل القائم بينهم فى إحداث تغييرات فى شخصياتهم، وذلك عن طريق تدعيم الأعضاء لبعضهم البعض
(محمود حمودة، ١٩٩١، ٥٣٤)

٤ - تعريف فاخر عاقل :

هو إجتماع عدد من المرضى بجانب المعالج الذى يقوم بإدارة المناقشات، ويفترض هذا النوع من العلاج أن سماع المريض لمشكلات الآخرين، وكيفية معالجتها، تكون له آثار إيجابية على المريض. (فاخر عاقل، ١٩٨٨، ١٦٧).

رابعاً تعريفات تشير للعلاج النفسى الجماعى بوصفه بنية :

١ - تعريف حسين عبد القادر وآخرون :

هو شكل من أشكال العلاج النفسى، يقوم على علاج المريض داخل جماعة، يختلف طول عدد أفرادها باختلاف المدرسة التى يتبعها المعالج، والهدف من العلاج، لكنه فى كل الأحوال يستحيل أن يقل عن إثنين. (حسين عبد القادر وآخرون، ١٩٩٣، ٥١٠).

٢ - تعريف أحمد عكاشة :

هو إجتماع عدد من المرضى، يتراوح عددهم ما بين (٥ - ١٥) مريضاً فى ظل وجود الطبيب الذى يقوم بمناقشة المشاكل والأمراض التى يعانيتها هؤلاء المرضى فى هيئة جلسات جماعية بهدف الوصول إلى العلاج. (أحمد عكاشة، ١٩٩٢، ٢٢٥).

٣ - تعريف كابلين وسادوك :

أحد أشكال العلاج النفسى الذى يتضمن وجود مريضين أو أكثر فى ظل وجود معالج نفسى يقوم بتسهيل التفاعلات الوجدانية والمعرفية التى تؤثر بدورها فى إحداث تغير للسلوك اللاتوافقى للمرضى. (Kaplan, H, & Sadock, B. 1972 - p. 19)

خامساً: تعريفات توضح أن العلاج النفسى الجماعى أداة للتنفيس الانفعالى :

١ - تعريف عبد المنعم الحفنى :

هو إجتماع من المرضى لا يقل عن إثنين، وذلك تحت إشراف المعالج، بحيث تؤدي العلاقة المشتركة بين المرضى والمعالج إلى تشكيل موقف جماعى حقيقى يسمح للمريض بسماع

مشاكل الآخرين، وكيفية محاولتهم حلها، بقدر ما يعطيه مجالا للتنفيس عن نفسه من قبيل ما يحدث فى الدراما النفسية، حيث يقوم المرضى أنفسهم بتمثيل مشاكلهم دراميا على المسرح بحضور المعالج. (عبد المنعم الحفنى، ١٩٩٤، ٣٤٠).

٢ - تعريف كمال دسوقى :

صورة من صور العلاج النفسى الذى يقوم فيه المعالج بعلاج عدة أشخاص فى وقت واحد من خلال لقاءات جماعية، تتيح لهؤلاء الأشخاص الفرصة للتعبير عن مشكلاتهم ومصاعبهم، وذلك عبر المناقشات الجماعية التى يقوم فيها المعالج بدور القائد والتى تكون ذو أثار تصريفية وعلاجية على الفرد، ويتميز هذا النوع من العلاج والفاعلية، بقدر ما يتميز باقتصاده لوقت المعالج. (كمال دسوقى، ١٩٨٨، ٦١٣).

٣ - تعريف أسعد رزق :

هو المعالجة الجماعية للاضطرابات العقلية أو العاطفية لدى جماعة من الناس بالوسائل السيكولوجية من قبيل إستخدام السيكدوراما، والسوسيوجرام، القائمين على الارتجال الموجه للمشاهد، وغايته حمل المرضى على تمثيل تصرفاتهم فى الحياة بغية مساعدتهم .

(أسعد رزق، ١٩٨٧، ١٨٦).

أشكال ومناهج العلاج النفسى الجماعى :

تتنوع أشكال وطرق العلاج الجماعى تبعاً للأهداف التى يضعها المعالج وصولاً للهدف الاساسى من العلاج، وهو الوصول لحالة السوية والقضاء على المرض، وهذا ما ينطبق على العلاج الجماعى للمقامرة المرضية، إذ أن هناك أشكال كثيرة مثل العلاج الزوجى المشترك Conjoint marital therapy والعلاج بالسيكدوراما، وما يتبع ذلك من أساليب تكميلية للعلاج مثل عرض الافلام والاسترخاء والارشاد والتوجيه. كل ذلك من أجل حث المقامر على التوقف عن المقامرة والتحكم فى الاندفاعات لديه، والتعامل مع مشكلة الشخصية .

(Custer, R. & Milt, H. 1985, p. 301)

ويرى «سلافسون» أن تنوع أشكال العلاج الجماعى ومناهجة يرجع إلى إختلاف المدارس السيكلوجية وإختلاف معتقداتها حول طبيعة السلوك الانسانى فى السوية والمرض، لكن سلافسون يحدد ثلاثة أنواع أساسية للعلاج الجماعى هى :

١- العلاج الجماعى النشط : Active Group Therapy

وهو العلاج الذى يلائم الاطفال فى مرحلة الكمون، حيث يساعد على القضاء على السلوكيات المرضية الشاذة من خلال معالجة الأنا المريضة وتكوين أنا أعلى للطفل، مما يسمح بتعديل السلوك لدية، وهنا يجب عدم ممارسة أى نوع من أنواع العقاب إلا فى حالة عدم القدرة على ضبط الجماعة (Campbell, R. 1989, p.602) ويوضح «ريبير» أن هذا النوع من العلاج، يكون للمعالج دور مباشر فيه، إذ يقوم بتعديل السلوك، لكن دون أن يفسر ذلك للأطفال، ولو أن هذا الدور سلبياً، إلا أن هذا العلاج يطلق عليه أحياناً، العلاج المباشر، نظراً للدور الاساسى الذى يلعبه المعالج (Reber. A. 1987, p.707)

٢- العلاج الجماعى التحليلى : Psychoanalytic group therapy

وهنا يختلف دور المعالج، حيث يصبح أكثر إيجابية، فهو لا يعدل السلوك فقط وإنما يفسر للمريض ضروريات التعديل، حتى يستبصر بذاته ويعى مشكلاته فيقضى عليها. وينقسم العلاج الجماعى التحليلى إلى العلاج الجماعى باللعب Play group psychotherapy، وهو ما يتلائم مع الاطفال الصغار، حيث يؤدى اللعب إلى شغل خيالات الاطفال فيعمل على تفريغ شحنة القلق لديهم، وبجانب هذا النوع هناك العلاج الجماعى بالمقابلة النشطة Activity interview group psychotherapy، وتتلائم هذه الطريقة مع الحالات التى تعاني من العصاب حيث يقوم فيها المعالج بتعديل سلوك الأفراد وإعطاء تفسير مناسب لضرورة التعديل، وبجانب ذلك هناك العلاج الجماعى بالمقابلة interview group psychotherapy وهو أسلوب يناسب المراهقين والبالغين، وفيه يحدث نوع من التأثير المتبادل بين المرضى بعضهم البعض، فيكون ذلك نقطة البدء فى العلاج .

٣- العلاج الجماعى الموجة: Directive group psychotherapy.

ويندرج تحت هذا النوع، الأنشطة التعليمية والتهدبية، الخاصة بالذهانين، وكذلك عمليات الترفية العلاجى ومساعدة المرضى للنوافق مع بيئتهم . (Campbell, R. 1989, p.602)

وإذا كان العلاج الجماعى له أنواعا متعددة، فإن له أيضاً طرق ومناهج. تهدف فى المقام الأول العلاج المرضى، وعلى ضوء ذلك تتحدد طرق العلاج الجماعى فى: العلاج الجماعى التدميى، Supportive group psychotherapy، وهو العلاج الذى يهدف لبقاء حالة المريض على ما هى عليه دون أن تتحسن أو تسوء، وهنا لا يكون المعالج بحاجة لأن يستبصر المريض بحالته، بقدر ما يحاول علاج ما يمكن علاجه، وبجانب هذه الطريقة، هناك العلاج الجماعى البنائى Constructive group psychotherapy ويهدف لاعادة بناء الشخصية، ويتطلب ذلك إزالة الأعراض ومظاهر الاضطراب عن طريق التحليل والتفسير . أما العلاج الجماعى الجذرى Radical psychotherapy. فهو الذى يسعى للتغيير المستمر بلا حدود أو نهاية (محمد شعلان، ب ت، ١٣-١٤) .

وهناك العديد من التقسيمات الأخرى للعلاج الجماعى مثل السيكو دراما، وهى طريقة وضعها مورينو Moreno، وتعتمد على ممارسة الأدوار وتمثيلها فى داخل الجماعة، فيكتشف المريض مشكلاته وأخطائه أثناء التفاعل مع الآخرين، (عبد الستار إبراهيم، عبد الله مسكر، ١٩٩٩، ٣٣)، وهناك جماعة الحساسية Sensitivity group وفيها يحاول المفحوصين زيادة وعيهم الذاتى وفهمهم لدينامية الجماعة، وهناك أيضاً الجماعة التدريبية Training group أو ما يطلق عليها «جماعة T» وفيها يلتقى أعضاء الجماعة ليتعرف كل منهم على شئ جديد فى نفسه، وعن علاقاته مع الغير، وجماعة الماراثون Marathon group، وهى جماعة تلتقى لمدة طويلة تتراوح بين ٨: ٧٢ ساعة وهدفها تنمية الألفة وتشجيع التعبير الصريح عن العواطف. وبجانب ذلك هناك العلاج الجماعى الأسرى، وهو العلاج الذى يرى أن الأسرة هى الأساس فى الاضطرابات النفسية، فيجعل المعالج من الأسرة جماعة علاجية لمناقشة ذلك. وهناك العلاج الجماعى الزوجى، والذى يقتصر على الزوج والزوجة، ويناقش المشكلات بين الزوجين، بما فيها المشاكل

الجنسية (على كمال، ١٩٩٤، ٤٤٨) وقد إستخدم «بويد وبولين» هذا النوع من العلاج الجماعى لعلاج المقامرة المرضية.

(Boyed, W.& Bolen, D. 1970, p.78)

وقد ظهر حديثاً شكل آخر من أشكال الجماعات العلاجية يسمى، جماعات المواجهة أو الحوار Encounter groups وهو ما سيستخدمه الباحث فى علاج المقامرة المرضية.

جماعات المواجهة أو الحوار Encounter Groups

إستخدم هذا النوع بعض المعالجين أمثال «روجرز» وذلك لتدريب الفرد من خلال مواجهة الجماعة على تطوير إمكانياته الشخصية وتدريب حساسيته عند التفاعل بالضغط الاجتماعية والجماعات. ويلجأ لهذا النوع من العلاج الأشخاص الذين لا ينتمون بالضرورة إلى المرضى النفسيين والعقليين، ويقرر الأفراد الذين تعرضوا لخبرات علاجية من هذا النوع بأنهم ينتمون إلى «فهم أفضل للآخرين» وإلى طرح الزيف والثقة بالناس ومواجهة الذات على حقيقتها. ويلقى هذا النوع جدلاً كبيراً بسبب منهجة القائم على إثارة الضغوط الاجتماعية على الفرد ومواجهته من قبل الجماعة وما يتبع ذلك أحياناً من إحباطات .

(عبد الستار إبراهيم، عبد الله عسكر، ١٩٩٩، ٣٣٤-٣٣٥)

ويوضح روجرز أن بناء جماعات الحوار يميل لاتباع برنامج بعينة يمكن تنظيمة داخل إتجاه سلوكى، وذلك على النحو التالى :

١- مرحلة الدوران: وهى مرحلة الاختلاط والارتباك والصمت والتفاعل السطحى والذى يشار إليها كحدث غُفل يبدأ بالتعثر .

٢- المقاومة للتغير الشخصى أو الاكتشاف: وذلك عندما يخاطر الفرد يكشف بعض الاتجاهات الشخصية التى يقابلها الأعضاء الآخريين باستجابات ثنائية تميل إلى قطع المشاعر المتبادلة بينهما .

٣- وصف الاحاسيس الماضية: حيث يصف الفرد إتجاهاته الشخصية مع إتاحة المجال للمناقشة للأعضاء كى يروا الخبرات الماضية مرة أخرى .

٤- التعبير عن المشاعر النفسية: وذلك لأعضاء الجماعة السلبيين، فقد إفترض «روجرز» أنه عندما يتم التعبير عن المشاعر السلبية ويتم قبولها، فإن مناخ الثقة يكون قد بدأ فى التطور الذى يسمح بمناقشة الموضوعات المرتبطة بالمشاعر غير السارة التى يتم تجنبها فى العلاجات المتبادلة خارج الجماعة .

٥- التعبير عن المشاعر المتبادلة المباشرة: سواء أكانت إيجابية أم سلبية بين أعضاء الجماعة تجاة بعضهم البعض داخل الجماعة العلاجية .

٦- نمو الطاقة الشافية فى الجماعة: وفى هذه المرحلة، يصبح أعضاء الجماعة متعاونين، مما يسهل الحركة العلاجية .عبر الاقتراحات المفيدة، والقبول المتعاطف فيهم .

٧- القبول الذاتى فى بداية التغيير، حيث يبدأ الأعضاء فى قبولهم لأنواع سلوكهم .
(Goldstein, A. & Wolpe, J. 1972, p.128)

ديناميات وفنيات العلاج النفسى الجماعى

يرى الباحث أنه على الرغم من أن فنيات العلاج الجماعى تلعب دوراً كبيراً فى تشكيل سلوك المريض، إلا أنها تشكل أيضاً سلوك المعالجين وتجعل منهم ثلاثة أنواع: معالج يصنع الأحداث ومعالج تصنيعه الأحداث، ومعالج يشاهد الأحداث، وفى كل الحالات يبدو المعالج أكثر صبراً، لكنه فى حاجة إلى المزيد منه، خاصة وإذا كان بصدد حالات جماعية مثل جماعات المقامرة المرضية .

لذا يبدو العلاج الجماعى وفنائة أمراً صعباً يحتاج لمهارة فدقة وإعداد جيد، الأمر الذى يجعل من نجاح العملية العلاجية أمر مؤكد لدرجة كبيرة، ولكى تسير خطة العلاج بنجاح يجب أن يهتم المعالج ،بالعديد من الأمور والفنيات مثل : تحديد حجم الجماعة، وعدد الجلسات وطولها ، وكيفية إدارة الجلسات العلاجية، وتجانس الجماعة، وإختيار المكان الملائم للجلسات، ونوعية أفراد الجماعة العلاجية، وسوف نعرض لهذه الفنيات بشئ من التفصيل .

وفيما يتصل بحجم الجماعة العلاجية، فإنه يتوقف على حنكة المعالج وكفاءة فى قيادة الجماعة وخبرته، واطمئنانة لمهاراته وقدرة القيادة، ومن المفضل أن يتراوح عدد أفراد الجماعة من (٥-٦) أفراد بالنسبة للمعالج المستجد، وأن يزداد هذا العدد حتى يصل إلى ما يقرب من (١٠) أفراد بالنسبة للمعالج الخبير . كما يتوقف حجم الجماعة أيضاً على تعقد الاجراءات العلاجية المستخدمة، فإذا إستخدمنا شكلاً واحداً من العلاج، فمن الممكن زيادة حجم الجماعة لتصل إلى (١٠) أو (١٢) فرداً أما إذا كان الأمر يتطلب إجراءات خاصة لكل فرد فيها، فإنه من الأفضل التعامل مع جماعة صغيرة، حتى بالنسبة لمعالج محنك.

(عبد الستار إبراهيم، عبد الله عسكر، ١٩٩٩، ٣٢٧، ٣٢٣٨).

ومن ناحية الجلسات العلاجية وطول مدتها، نجد أن كثير من المعالجين يفضلون أن تتم الجلسات بمعدل جلسة واحدة كل أسبوع، وأن كان من الأفضل أن تتم فى البداية بمعدل جلستين فى الأسبوع، وذلك للمساعدة على تيسير التفاعل بين أفراد الجماعة، ومراقبة المشكلات وتحديد الأهداف العلاجية لكل مريض بدقة، وتستغرق الجلسة الجماعية عادة من ساعة إلى ثلاث ساعات وبمتوسط ساعتين، وقد يكون للجلسات الإضافية فائدة فى العملية العلاجية، وهو ما يدفع بعض المعالجين لاستخدام جلسات فردية لمدة ساعتين من كل أسبوع مع الأعضاء المختارين، يدعمون من خلالها الاتجاهات الإيجابية للعملية العلاجية، ويجب أن يثبت زمن الجلسة سواء كان ساعة أم ساعة ونصف، ويرى البعض أن زمن الجلسة الذى يستغرق ساعة واحدة يكون غير كافى، إذا أن التفاعل الإيجابى بين أعضاء الجماعة العلاجية يكون فى قمة فى نهاية الساعة الأولى، ويرى البعض الآخر، أن زيادة الجلسة العلاجية عن ساعة، يعد أمراً مرهقاً للمريض والمعالج (Mullan, H. & Rosenbaum, M.1978, pp.80). أما عن عدد الجلسات فهى تصل فى المتوسط إلى عشرين جلسة، (روبرت هاربر، ١٩٧٤، ٢٠٢)، وبالنسبة لمواعيد الجلسات، يجب على المعالج إختيار أفضل الأوقات التى تلائم حاجات مرضاه، وعدم تغييرها سواء من حيث الأيام أم من حيث ساعات اللقاء، حيث يؤدى الانضباط فى المواعيد إلى إستمرارية المرضى فى الجلسات العلاجية، ويفضل أن يجلس المرضى أثناء العلاج على شكل نصف دائرة، وذلك حول مائدة كبيرة (عبد الرحمن عيسوى، ١٩٧٩، ٢٤١) حيث يمثل وضع الجلوس الذى يختاره المريض أمراً هاماً فى العملية العلاجية، إذ يفضل بعض

المرضى الجلوس بجانب فرد معين، وهو ما يضعه المعالج موضع التحليل لتفسير دينامية الجماعة، وفيما يتصل بتسجيل الجلسات العلاجية، فلا بد أن يخبر المعالج مرضاه بذلك، وأن يذكر لهم أن ذلك بغرض الفائدة لهم شريطة أن يكون ذلك فى أول جلسة .

(Mullan, H. & Rosenbaum, M. 1978, p. 78)

وبالنسبة لإدارة الجلسات العلاجية، يعتمد بعض المعالجين على تأثيرهم الشخصى على مرضاهم، وذلك عن طريق التوجيه والارشاد من خلال المحاضرات، ويعتمد البعض الآخر من المعالجين على أعضاء الجماعة أنفسهم فى إلقاء أغلب الأحاديث، وتبادل الآراء والمناقشات مع أقل تدخل ممكن من جانب المعالج، ويعتمد فريق آخر من المعالجين على دعوة بعض المرضى الذين تم شفاؤهم إلى إلقاء أحاديث على المرضى الحاليين، يقصون فيها خبراتهم أثناء المرضى وخلال تقدمهم نحو الشفاء. (حامد زهران، ١٩٧٨، ٣٢٠) وقد يواجه المعالج ببعض الصعوبات فى إدارة الجلسة مثل مقاومة المرضى، والتردد فى قبول العلاج والدخول فيه، بجانب فضول بعض المرضى تجاه بعض طرق العلاج، فضلاً عن كثرة الأسئلة من جانب المرضى عن مدى فاعلية العلاج. وما يقلل من هذه الصعوبات، خبرة المعالج وإيجابية وتعاطفه مع إضطراب المريض وقلقه، وأن يكون أكثر وعياً بالمرض وأعراضه، والمريض حامل المرض. وإذا كان بعض أعضاء الجماعة العلاجية مصدر خطر وتهديد على تماسك الجماعة، كما هو الحال فى المرضى السيكيوباتين أو العدوانيين، حيث نجدهم أكثر سخرية وعدوانية على أفراد الجماعة، فإن على المعالج أن يقوم بوضعهم فى جماعة أخرى مستقلة، أو أنه يبدأ معهم بالعلاج الفردى إلى أن يحين الوقت ويكونوا أكثر قدرة على الانضمام للجماعة العلاجية مرة أخرى .

(Mullan, H. & Rosenbaum, M. 1978, p.76)

أما فيما يتصل بتجانس الجماعة، نجد أن البعض يشير إلى أهمية تشابه أعضاء الجلسة العلاجية فى أعراضهم ومشكلاتهم، فهذا بدوره يؤدي إلى الإهتمام المتبادل والتعاطف والمشاركة الوجدانية بين الأعضاء، فتماثل الجماعة من حيث المرض والجنس والتعليم والمستوى الاجتماعى والاقتصادى، يؤدي لنتائج إيجابية فى العلاج، نظراً لأنه يقلل من التوتر ويزيد من فرص التفاعل بين أفراد الجماعة، ويساعد كل فرد على التوحد بالآخر .

وبالتالى تقبل كنموذج وصديق، مما يساعد المعالج على وضع الاجراءات العلاجية وخطة البرنامج العلاجى، ولكن يجب أن نحذر من التجانس التام، إذ أنه يؤدي إلى إنشغال المعالج بوضع خطة علاجية واحدة متجاهلاً بذلك بعض المشكلات الأخطر شأنها والتي قد يكتشفها بين أفراد الجماعة بعد بدء العلاج . (عبد الستار إبراهيم، عبد الله عسكر، ١٩٩٩، ٣٤٠)

وفيما يتعلق باختيار المكان الملائم للجلسات، يفضل أن يكون اللقاء فى البيئة الطبيعية التى سيتفاعل فيها المريض بعد علاجه، على أن الانتقال إلى الأماكن الطبيعية يجب أن تسبق جلسات توجيهية تكون فى أماكن جذابة ومريحة أو فى عيادة نفسية، حيث تكون لها هيبته وجاذبيتها للمرضى، على أن تنتقل الجلسات إلى مواقع حية، يتم فيها مراقبة المريض فى مواقف فعلية، ويتلو ذلك جلسات تصحيحية تتم فى العيادة من جديد ، ولكى نقلل من التشتت، من الأفضل ألا يكون هناك هاتف فى المكان الذى تجرى فيه الجلسات.

(Mullan, H. & Rosenbaum, M. 1978, p.78)

وبالنسبة لاختيار أفراد الجماعة، يقوم المعالج بإجراء مقابلة فردية لكل فرد مرشح للانضمام للجماعة، قبل أن تعقد الجماعة أول جلسة لها، وفى هذه المقابلة يحاول المعالج أن يعرف شيئاً عن مشكلات الشخص، وأن يشرح له كيف تعمل الجماعة، وأن يعطيه الفرصة ليقرر ما إذا كان يرغب فى الانضمام للجماعة أم لا، إذ أن هناك بعض المرضى الذين يقررون الانضمام للجماعة، ثم لا يلبثوا أن يتركوها مما يؤدي لصدمة للعضو الآخر الذى إندمج مع المريض، وهناك بعض المعايير التى يجب أن يتخذها المعالج لاستبعاد المريض من جلسات العلاج الجماعى، وهى :

– شعور المريض بعدم المساواة مع المرضى الآخرين، إذ يبدون أفضل براعة منه فى ديناميات العلاج النفسى الجماعى .

– الخوف من فقدان التحكم فى دوافع الفرد غير المعقولة، والخوف من المجهول غير المتوقع، والهروب من النزعات الجنسية، والخوف من مواجهة ذلك فى وجود الآخرين فضلاً عن كثرة الإنكار أو الرفض من جانب الجماعة، مما يؤدي إلى شعور الفرد بأنه غير مرغوب فيه .

(Forster, E. 1977, p.164)

لذلك يحتاج المرضى إلى إعداد جيد من جانب المعالج قبل الانضمام إلى الجماعة العلاجية ويشمل هذا الإعداد، تحمل المريض لضغط الجماعة العلاجية، والثقة فى رفاقه فى الجماعة، وتهيئة لأن يصبح عضواً فى الجماعة، وضمان عدم لجوءه إلى المقاومة، وإفهامه أنه سوف يستفيد من الموقف والوسط الاجتماعى فى الجماعة العلاجية، كما أنه سوف يفيد رفاقة أعضاء الجماعة علاجياً فى نفس الوقت . (حامد زهران، ١٩٧٨، ٣١٢-٣١٣).

ومن فنيات الإعداد للعلاج الجماعى أيضاً، ضرورة تعريف أفراد الجماعة وإعلامهم بالخطوة العلاجية. فعادة ما لا يكون أفراد الجماعة على علم مسبق بطريقة العلاج الجماعى وقيادته وأنماط التعامل فيه، لهذا يفضل أن يعرف المعالج كل مريض على حدة مسبقاً بما سيتوقعة من الجلسات، وبالطريقة التى سيعامل بها، ويجب مساعدة الفرد بعد ذلك على إتخاذ القرار الملائم له، وذلك دون إغراق المريض بالتفاصيل النظرية .

(عبد الستار إبراهيم، عبد الله عسكر، ١٩٩٩، ٣٤٣).

ومن خلال ذلك يبدو دور المعالج فى خلق جماعة متماسكة تشجع المرضى كى تتكون لديهم المسئولية نحو علاجهم، وذلك من خلال الجو العلاجى الذى يسوده الحب والتقبل والتسامح والفهم والحرية وغير ذلك من ضرورات الجو العلاجى السليم الذى يتيح للمرضى القدرة على التعامل مع الكل لتطوير الأمل، وتنظيم التفاعل وإحداث تغيرات إيجابية . (Betcher, R. 1983, p.370). وهنا قد يواجه المعالج صعوبات تتمثل فى تأسيس بعض الأنشطة الجماعية التى تتسم بالتأثير الشديد بقدر ما تتسم بالتعدد والواقعية كى يتمكن من تخليص المرضى من الجروح العاطفية (Kleir, R. 1977, p.205) وحل صراعاتهم الداخلية، والتخفيف من قلقهم وإزالة أعراضهم، وتحسين علاقاتهم المتبادلة والاتجاه نحو الانجاز الذاتى.

العلاج النفسى الجماعى للمقاومة المرضية ومدى فاعليته

يرى الباحث أنه ليس هناك أقسى على الفرد إلا عندما يصبح مقامراً مرضياً، وإن كان هناك أشياء أخرى لها تأثيرها القوي، إلا أن المقاومة قد تفوق كل شئ، لأن تأثيرها يستمر طويلاً، فتعلم المقامر ألا يتعلم شئ! وبذا يصبح لا شئ أقوى من المقاومة إلا الهرب منها وعلاجها. فالنصيحة مع المقامر لا تفيدة، بل تزيد من الكبت لدية، وليس معنى أن تقول له الصدق أن يصدق كل ما تقول. ذلك لأن كل مقامر يعتاد على أن يترك فى عقله مكاناً فارغاً يضع فيه آراء ونصائح الآخرين، فلدية قدرة عجيبة لابتلاع النصائح، ربما لأنه يرى أنها لا توجع معدته! ولأنه يعتقد أن المقاومة هى الداء والدواء، وهو بذلك يموت جوعاً فى إنتظار مأدبة الحظ، ويخسر ذاته وحياته لأنه يضعها فى شئ واحد فقط، إذ يقامر على نفسه بالمقاومة فيسقط فى يدها فى ذات اللحظة التى يتصور أنها سقطت فى يده. وبالرغم من ذلك لا يتألم لحالة، إنما الذى يؤلمه أن الآخرين لا يدركون ألامه. ومن خلال هذه النقطة يكون عمل المعالج النفسى عن طريق عمليات الطرح الموجب والعلاقات الشخصية والبيئشخصية فى العلاج النفسى الجماعى.

لذلك يهتم كثير من المعالجين النفسيين بالعلاج الجماعى للمقاومة المرضية، ويكفى أن نذكر أن مؤسسة «المقامر المجهول» إعتبرت العلاج الجماعى أداه أساسية لعلاج المقاومة المرضية. (Waker, M. 1995, p.196). وتتعدد المحاور العلاجية الجماعية للمقاومة المرضية، لكن أغلب هذه المحاور، تلك التى تركز على خصائص الشخصية والضغوط النفسية للمقامر. وهذا ما جعل «كستروميلت» يركزون فى العلاج الجماعى للمقاومة المرضية على الخصائص الشخصية غير المتوافقة مثل عدم الامانة والتسامح، وعدم القدرة على التخطيط وإتخاذ القرار، وعدم القدرة على حل المشكلات، وتجنب المسؤولية.

فمثل هذه الخصائص تجعل من الصعوبة بمكان أن يتوافق المقامر مع ضغوط الحياة اليومية فتكون المقاومة بالنسبة له الطريق الوحيد للنجاة. والقضاء على هذه الخصائص استخدام «كستروميلت» برنامج بربكسفيل Brecksvill programe والخاص بتعديل سلوكيات المقامر اللاتوافقية، وقد حرص الباحثان على أن يتعلم المقامر المرضى- من خلال العلاج الجماعى- بعض الفنيات المعينة للتوافق مع ضغوط الحياة، خاصة الفنيات التى فقدها من خلال ممارسة المقاومة (Custer, R. & Milt, H. 1985, p.301).

والفنيات التوافقية التي يحرص عليها «كستروميلت» هي ما جعلت «سباينر» يرى أن العلاج الجماعي للمقامرة المرضية، يجب أن يتيح فرصة تحمل المسؤولية والقبول والصبر وتنظيم الذات والحساسية للأمور المختلفة. ولا يتمكن العلاج الجماعي من ذلك إلا من خلال تحديد الضغوط الأساسية للمقامر، والتي تتضح من خلال السيرة الذاتية التي يرويها المقامر عن نفسه وعن قصته مع المقامرة، وكذلك من خلال تعليقات المقامرين عليها، وبمجرد أن يكتشف المعالج العيوب الشخصية مثل المراوغة والعناد stubborn وتبليد المشاعر والاحتيايل، يعمل من خلال العلاج الجماعي على مواجهة هذه السلوكيات واحدة تلو الأخرى، وتكون الفرصة كبيرة في تعديل ذلك، نظراً لأن المقامر يصبح غير متأكد من قدرته على مقاومة ضغط الجماعة ورفضها له، وهو لا يعدل سلوكه ويمتثل للجماعة حفاظاً على المبادئ، وإنما حفاظاً على علاقات شخصية لذلك يرى «سباينر» أن العلاج الجماعي تدريب قصير لمساعدة المقامر على تعلم أساليب توافقية جديدة أو إستعادة أساليب توافقية قديمة .

(Spanier, D. 1987, p.140)

ويستخدم العلاج الجماعي للمقامرة بعض الأساليب التكميلية التي يقوم بها المعالج مع الجماعات الصغيرة، وذلك مثل عرض الأفلام، والاسترخاء والارشاد الفردي، فيقوم الفيلم بعرض الأحوال والظروف الصعبة التي يمر بها المقامر، كذلك يعرض للفوائد التي يحققها الفرد من الامتناع عن المقامرة، كذلك يعمل الاسترخاء على أن يتعلم المقامر التوافق مع القلق، وكيفية التغلب على الإثارة، وبجانب العلاج الجماعي، قد يستخدم المعالج الارشاد الفردي، فهو أداة مساعدة للتغلب على المشاكل من خلال إعادة بناء الموقف وتحديد الجوانب الضارة في المقامرة.

(Walker, M. 1995, p. 198)

وإذا كان العلاج الجماعي للمقامرة المرضية يستخدم أدوات تكميلية كالأفلام والاسترخاء والارشاد الفردي، فإن بعض المعالجين يستخدمون العلاج الزوجي المشترك Conjoint Marital therapy كأداة تكميلية للعلاج الجماعي للمقامرة المرضية، وأن كان بعض المعالجين يعتبرونه نوعاً مستقلاً للعلاج الجماعي وليس أداة تكميلية، ويشبه هذا النوع لحد كبير العلاج الجماعي عن طريق جماعة المواجهة أو الحوار، ويقوم هذا العلاج على فرضية أساسية

مؤداه: أن المقامرة المرضية هي رد فعل للضغوط الزوجية وبخاصة تلك التي يشعر بها الفرد تجاه شريك حياته، فالمقامرة المرضية ما هي إلا أعراض زواجية، ناتجة عن عقدة التفاعل الزواجي المريض Pathological marriage interaction. وتقوم فكرة العلاج على حضور كلاً من الزوج والزوجة في جلسة علاجية تحتوى في البداية على حوار ومناقشة مفتوحة حول المقامرة، شريطة ألا يكون هذا الحوار موجه، ثم يحكى الزوج حكايته مع المقامرة، ثم تواسية الزوجة على ما مر به من أحزان، وفي المرحلة الثانية يحاول المعالج أن يجعل الزوجة تتحدث عن الأضرار التي عادت عليها من جراء المقامرة، أى أن جوهر العلاج هنا، هو تبادل الأدوار بين الأزواج، وهو ما أطلق عليه «بولين وبويد» «دور الشهيد» Role of Martyr. وما أن تتبادل الأدوار بين الزوجين يحاول كلاً منهم إزالة الاتهام عن نفسه، حيث يحاول الزوج إزالة الاتهام بأن المقامرة أضرت بعلاقته مع زوجته، وفي بعض الحالات يذكر أنه مقامر مرضى، ونادراً ما يمارس المقامرة، كما تحاول الزوجة أن توضح مدى التضحيات التي بذلتها من أجل زوجها. أما المرحلة الثالثة، يدخل المعالج في الحوار بين الزوج والزوجة، وعندها يعتاد المقامر على المواجهة وتقل درجة المقاومة، خاصة أن المعالج والزوجة يبدآن في مواجهة أعراض المرضية، وما أن يدرك المقامر أعراضه، ويستطيع مواجهتها، تتحسن حالته بشكل منتظم، ويظهر ذلك في توكيد الذات وانخفاض الاكتئاب والإمتناع عن ممارسة المقامرة والتعرف على بعض صعوبات الشخصية، وما يوضح تحسن حالة المقامر أيضاً تحسن العلاقة الزوجية التي تتضح في الصراحة والتماسك والثقة بين الطرفين .

(Boyed, W. & Bolen, D. 1970, p.78)

ويختلف العلاج الزواجي المشترك بطريقة «تيرمان» عن طريقة «بولين وبويد» فقد كانت طريقة هذين الأخيرين منهجاً إستكشافياً وغير مركب نسبياً، يعتمد على جلسة واحدة كل أسبوع لمدة عام، بينما كان البرنامج العلاجي «لتيرمان» معتمداً على اثنتى عشر خطوة التي قدمتها مؤسسة «المقامر المجهول» ورغم هذا الاختلاف إلا أن الهدف كان واحداً .

(Tepperman, J. 1985, p. 187)

إن النقطة الجوهرية في العلاج بصفة عامة، ليست طبيعته ونوعيته، وإنما قدرته على تناول جميع الأعراض وحلها بجانب منع الانتكاسة للمرض Relapse. والسؤال الذي يطرح نفسه الآن: ما هو مدى فاعلية العلاج الجماعي للمقامرة المرضية ؟

يرى «وكر» أن هناك بعض العقبات التى تحول دون التقييم الصحيح لفاعلية ونجاح العلاج الجماعى، وذلك مثل البيانات غير الصحيحة التى تم تجميعها عن الحالات المرضية، وكذلك إصدار أحكام ذاتية غير موضوعية. فنجاح العلاج وفاعليته تعتمد على القضاء على هذه الصعوبات، بجانب عمل الكثير من المقابلات الشخصية، وجمع البيانات والاحصاءات السليمة، مع التركيز بشدة على حضور جميع الجلسات العلاجية والاهتمام بعمليات المتابعة، وأن نضع موضع الاهتمام، أن المقامر قد يتوقف عن المقامرة ليس بسبب العلاج، وإنما لعدم وجود الفرصة، أما وأن كانت الفرصة مواتية للمقامرة ولم يقامر الفرد، دل ذلك على أن العلاج كانت له فاعليته، من ثم نحكم عليه بأنه علاج ناجح، وتبدو فاعلية العلاج فى إقناع المرضى بأن المقامرة يمكن القضاء عليها، وذلك حتى تكون لديهم الرغبة فى العلاج، إذ أن الرغبة فى العلاج هى جزء من العلاج، وما أن يتحقق ذلك، تصبح التدعيمات المقدمة من الجماعة العلاجية ذات فائدة كبيرة، ولكى يستمر أثر التدعيمات لفترة ما بعد العلاج، لابد على المعالج أن يوجد طريقة يملئ بها الفراغ الذى يشعر به المقامر بعد التوقف عن المقامرة، ويتحقق ذلك بادماج المقامر فى أنشطة وأعمال مختلفة، وذلك حتى تتجذّر أفكاره وطاقته ووقته لمصادر أخرى غير المقامرة، ويجب أن تتسم هذه الأنشطة بطابع الإثارة والتنبية، تماماً كما كانت المقامرة، وبجانب ذلك لابد من أن نكافئ المقامر عن توقفة عن المقامرة . (Walker, M, 1995, p. 192-195)

ويرى «فرانكلين وريتشاردسون» ضرورة وضع بعض المقاييس التى توضح مدى فاعلية العلاج للمقامرة المرضية، ويجب ألا نعتبر التوقف عن المقامرة على أنه معيار نجاح العلاج، بل ننظر أيضاً للتحسن فى نسق الحياة لدى المقامر .

وقد حدد «فرانكلين وريتشاردسون» قائمة لقياس مدى فاعلية العلاج، تتراوح الدرجة عليها من (صفر) إلى (٩) والمقامر المرضى الذى يحصل على «صفر» يعنى ذلك أن العلاج قد نجح لديه تماماً، والدرجة (٩) تعنى أعلى معدلات المقامرة المرضية.

وتشمل هذه القائمة ما يلى :

١- الاكتئاب والتوتر .

٢- العلاقات الأسرية والاهتمامات البيشخصية .

٣- الاهتمامات والميول المهنية .

٤- الاهتمامات المالية .

٥- القضايا المشروعة .

٦- الذهاب لمؤسسات علاج المقامرة .

٧- المشاركة فى العلاج .

٨- قياس التوقف عن المقامرة .

٩- مدى الاعتماد على المخدر .

وهذه العوامل التسعة، يحتوى كل عامل منها على عدة بنود وضعت فى مقياس يحدد فاعلية العلاج للمقامرة المرضية.

(Franklin, J. & Richardson, R. 1988, p.13)

ويشير «ستينشفيلد» أن الانتكاسة للمقامرة وعدم فاعلية العلاج، يرجع إلى عدم إكمال العلاج، وعدم المتابعة للعلاج، فإذا أكتمل العلاج وأجريت عمليات المتابعة لفترة لا تقل عن عام وليس ستة أشهر كما يظن البعض، فإن نجاح وفاعلية العلاج يكون أمراً مؤكداً، ويتمثل ذلك فى التحسن فى الوظائف النفسية الاجتماعية، وإنخفاض معدلات المقامرة، وقلة الديون، وكذلك قلة الأصدقاء المقامرين . (Stinchfield, R. 1997, p.2). ويرى «بلازنسكى» أن علاج المقامرة المرضية سيصبح علاجاً فعالاً إذا إستخدم الطرق العلاجية للإدمان؛ بجانب أن يخضع العلاج للبحث التجريبي الدقيق. (Blaszczynski, A. & Silove, D. 1995, p. 195)

ويوضح «برونيل وآخرون» أن ما يعرض المقامر لخطر الانتكاسة، مجموعة من العوامل الشخصية والبيئية . والتي يمكن التحكم فيها عن طريق تنمية المهارات الجديدة، وتغيير نمط الحياة، وتكوين سلوكيات إيجابية جديدة. (Brownell, K. et al. 1986, p.765)

الفصل الثالث

الدراسات السابقة

تمهيد

دراسات تناولت سلوك المخاطرة لدى المقامرين
دراسات تناولت الغرائز الجزئية لدى المقامرين
دراسات تناولت العلاج النفسى لدى المقامرين
مناقشة الدراسات السابقة والتعليق عليها

الفصل الثالث

الدراسات السابقة

تمهيد

دراسات تناولت سلوك المخاطرة لدى المقامرين
دراسات تناولت الغرائز الجزئية لدى المقامرين
دراسات تناولت العلاج النفسى لدى المقامرين
مناقشة الدراسات السابقة والتعليق عليها

تمهيد

يرى الباحث أنه ربما لا تكون المقامرة مشكلة، وإنما هي الطريق لكل المشاكل والاضطرابات النفسية ! وعلى الرغم من ذلك لا نجد دراسة عربية واحدة - فى حدود علم الباحث - تتناول المقامرة بالبحث والتحليل، خاصة وأنها ظاهرة قديمة قدم الإنسان نفسه، وكأن الباحثين يعتقدون أن المقامرة حمالة، وأنه من الخطأ دراسة الحماقات ! حتى أن الذين تعرضوا للمقامرة، كانت عروضهم فى صورة مقال صغير أو تعريف بسيط، وعلى النقيض من ذلك نجد الدراسات الأجنبية للمقامرة كثيرة ومتنوعة، يكفى أن نذكر أن هناك مؤسسة ما سوشيسست للمقامرة القهرية Massachusetts Council on Compulsive Gambling والتي تصدر تقارير أسبوعية عن المقامرة تحت عنوان "التقارير التربوية الإسبوعية لادمان المقامرة" The WAGER Weekly Addiction Gambling Education Report كذلك تهتم الرابطة الأمريكية للطب النفسى باصدار الدليل التشخيصى الاحصائى للمقامرة المرضية، (DSM) حتى وصل إصدارتها إلى الدليل التشخيصى الرابع. وفى إستراليا يختلف الأمر كثيراً حين توجد جامعة لدراسة المقامرة، وكل مدرسة فيها تتناول المقامرة من جوانبها المختلفة، فهناك مدرسة لدراسة المقامرة من جوانبها النفسية، وأخرى تتناولها من جوانبها الاقتصادية والاجتماعية وأخرى من حيث الجوانب السياسية والتاريخية .

والحقيقة أن إنعدام الدراسات العربية للمقامرة يرجع إلى أن الظاهرة تعمل فى الخفاء وينظر لها من منظور الجريمة فقط، لا من منظور المرض، مما يجعل من الصعوبة بمكان تناول المقامرين بالدراسة والتحليل . كما أن هناك صعوبة تتمثل فى كون المقامرة من الظواهر المركبة التى تتداخل فيها العوامل النفسية والاقتصادية والاجتماعية والتربوية والقانونية، بل والسياسية أيضاً، وما يتصل بعلم الأمراض والادمان، حتى أن هناك تنوع وصعوبة فى تعريفات المقامرة ذاتها فهناك المقامرة المرضية والمقامرة المشكل والمقامرة القهرية والمقامرة الاجتماعية، ومقامرة المحترفين ومقامرة الهواة، والمقامرة ذات المستوى الأول وذات المستوى الثانى والثالث، ومن ناحية أخرى نجد تنوعاً فى الديناميات النفسية للمقامر، هذا التنوع يؤدي لبعض من الخلط فى البناء الفوقى لشخصية المقامر، لكن سرعان ما يختفى هذا الخلط بتحليل البناء التحتى، فنلتقى عند نقطة واحدة مؤداها أننا أمام « مريض » .

وإذا كانت الدراسات الأجنبية قد تعرضت للمقامرة باستفاضة، إلا أن الكثير من هذه الدراسات قد تناقضت في الكثير من نتائجها، وذلك لأن البعض من الباحثين تناولوا المقامرة من حيث علاقتها الهامشية بالنواحي الاقتصادية والاجتماعية دون أن يركزوا على العوامل السيكولوجية، وتحديدًا في السيكيوباثلوجي. لذا قام الباحث بعرض الدراسات النفسية السابقة الخاصة فقط بالدراسة موضوع البحث، من حيث الديناميات النفسية للمقامر من خلال سلوك المخاطرة والغرائز الجزئية، المتمثلة في السادية والمازوخية والنظرية والاستعراضية. هذا بالإضافة إلى العلاج النفسى الجماعى بأسلوب جماعة الحوار .

وعلى الرغم من أن هذه الدراسات تقدم لنا معلومات قيمة، وتفتح السبيل أمام صياغة جديدة لفروض أكثر دقة للاحاطة بالظاهرة موضوع البحث- على الرغم من ذلك لم يعتمد الباحث كلية على ما توفره هذه الدراسات من مصادر أولية أو ثانوية خاصة وأن الدراسة لا تتبع المنهج التاريخى، وإنما منهج الكليينيكية المسلحة، مما يتطلب معه إعادة بناء وهيكله الدراسات السابقة من جديد للخروج بمنظور علمى دقيق .

وفيما يتصل بعرض الدراسات السابقة، لم يقف الباحث عند حد عرض الملخصات الوافية لها، وإنما ستكون هناك محاولة تقويمية من حيث عرض المشكلة وفرض الفروض وكفاية العينات وسلامة المنهج المستخدم وأساليب المعالجة الاحصائية والوصول للنتائج الدقيق، وسوف نرى فيما بعد كيف أن بعض الدراسات تضاربت نتائجها، وأن الأدلة المتوافرة في هذه الدراسات لا تستطيع حل مشكلة المقامرة، أو بعض من مشاكلها حلًا كافيًا، ولذا سنحاول في عرضنا للدراسات السابقة أن نتمثل الحقائق الموجودة فيها، من حيث الديناميات النفسية للمقامر كما تبدو في العلاج الجماعى، حتى نستطيع الوقوف على الحقائق والنظريات السيكلوجية لتكون بمثابة شبكة من العلاقات التى تكشف عن الفجوات في المعرفة .

أولاً : دراسات تناولت سلوك المخاطرة لدى المقامر

دراسة زوكرمان وكولمان. (Zuckerman, M. & Kuhlman, D. 2000)

أجرى الباحثان دراسة بعنوان (الشخصية وسلوك المخاطرة: العوامل الاجتماعية الحيوية العامة) . ويهدف هذا البحث لدراسة العلاقة بين سلوك المخاطرة وخمس عوامل إجتماعية هي : التدخين، المقامرة، وإدمان المخدرات، الجنس، العنف، وتكونت عينة الدراسة من (٢٦٠) من طلاب الجامعة، طبق عليهم مقاييس التقرير الذاتى لسلوك المخاطرة والمقامرة وإدمان المخدرات والتدخين والجنس والعنف .

أوضحت نتائج الدراسة أن كلاً من المقامرة والتدخين وإدمان المخدرات والجنس والعنف تتصل بالعوامل الاجتماعية الحيوية الخاصة بالعدوانية والقابلية الاجتماعية، حيث ترتبط المقامرة والعنف وإدمان المخدرات بالعدوان، فهناك ارتباط طردى دال بين هذه المتغيرات .

أما التدخين والجنس يرتبط بالقابلية الاجتماعية، ارتباط طردى دال. إلا أن هذه العوامل الخمسة لا ترتبط بأى جوانب عصائية، فليست لها صفة المرض .

وأشارت الدراسة إلى أن سلوك المخاطرة متغير فسيولوجى أكثر منه نفسى، ويرتبط أكثر ما يترتبط بالمقامرة وإدمان المخدرات، ويمكن علاجة من خلال تناول بعض العقاقير والادوية الطبية .

ويوضح الباحثان أن سلوك المخاطرة هو الدافع وراء المقامرة، ومن ثم، إذا أردنا أن نعالج المقامرة، فلا بد أن نقضى فسيولوجياً على سلوك المخاطرة، وتوصى الدراسة بضرورة قياس سلوك المخاطرة بالمقاييس المقتنة، إلى جانب مقاييس التقرير الذاتى.

دراسة شافر وزملاءه. (Shaffer, H. et. al. 1999)

أجرى (شافر) وزملاءه دراسة تحت عنوان : (المقامرة وتناول الكحوليات والتدخين وبعض الأنشطة الأخرى الخطرة على الصحة) وذلك بهدف الكشف عن مدى إنتشار المقامرة المرضية (المستوى الثالث من المقامرة) وما يرتبط بها من مخاطر ،

وتكونت عينة الدراسة من (٣٨٤١) ممن إعتادوا ممارسة المقامرة فى نوادى القمار، بجانب كثرة تناول الكحوليات والتدخين والقيام بسلوكيات المخاطرة . وإستخدم الباحث بعض برامج المساعدة لمعتادى ممارسة المقامرة فى النوادى .

وأوضحت نتائج الدراسة أن كثرة المقامرة فى نوادى المقامرة يؤدى إلى دخول المقامر فى المستوى الثالث من المقامرة، وهو المعروف بالمقامرة المرضية . ويرتبط ذلك بالعديد من السلوكيات الخطرة المتمثلة فى الافراط فى تناول الكحوليات والتدخين بشراهة. اللذان يؤدىان فى النهاية للشعور بالاكتئاب . وأوضحت الدراسة أيضاً أن هناك إرتباط طردى دال بين المقامرة المرضية وهذه السلوكيات، فكلما إرتفعت المقامرة المرضية كلما إرتفعت هذه السلوكيات، وأشارت الدراسة إلى أن برامج المساعدة لمعتادى ممارسة المقامرة فى النوادى لم تؤثر على تغيير عادات ومعتقدات المقامرين حول المقامرة، لذا توصى الدراسة بضرورة عمل برامج علاجية على درجة عالية من التقنين والاحاطة الكاملة بخصائص المقامرين المرضيين .

دراسة شميت وآخرون . (Schmitt, W. et. al. 1999)

قام (شميت) وآخرون بدراسة بعنوان (إختبار فروض (ديمسيو) فى الخصائص الجسمية للأفراد السيكيوباتيين المحبين للمخاطرة والكارهين لها) . وتقوم هذه الدراسة على الفرض القائل أن هناك علاقة بين الخصائص الجسمية وسلوك المخاطرة لدى السيكيوباتيين، لكن هذا الافتراض لم يتحقق للآن، لذا قام الباحث وزملاءه بتحديد عينة من المقامرين الذكور وطبقت عليهم قائمة السيكيوباتية وقائمة سلوك المقامرة التى تتضمن بعد المخاطرة .

أوضحت نتائج الدراسة أن سلوك المخاطرة لا يرتبط بعوامل فسيولوجية أو جسمية، لكنه يؤثر فقط جوانب فسيولوجية مثل إرتفاع ضغط الدم، وعمل الجهاز العصبى اللاإرادى، فسلوك المخاطرة سبب وليس نتيجة لعوامل جسمية فسيولوجية. كما إتضح أيضاً أن سلوك المخاطرة لا يرتبط بالسيكيوباتية، وذلك لأن السيكيوباتية قد تشمل على جانب لا إرادى، أما سلوك المخاطرة سلوك إختيارى، يرجع للفرد نفسه. وأوضحت الدراسة أن ليس هناك علاقة بين سلوك المخاطرة وبعض الخصائص الجسمية لدى الأفراد .

دراسة فيتارو وآخرون . (Vitaro, F. et al. 1999)

قام (فيتارو) وآخرون بدراسة بعنوان (الاندفاعية التي تتنبأ بالمقامرة المشكل لدى المراهقين منخفضى تقدير الذات) والهدف من البحث هو كيفية تنبؤ مقياس الاندفاعية بالمقامرة المشكل فى مرحلة المراهقة المتأخرة، وإلى أى مدى يمكن لخصائص الشخصية مثل العدوانية والقلق أن تتنبأ بالمقامرة المشكل؟ وإستخدمت الدراسة الحالية المنهج الطولى وذلك للتغلب على عيوب الدراسات الأخرى مثل الدراسات التى تساعد على حدوث الظاهرة Concurrent Studies والدراسات التى تستعين بالأحداث الماضية فى تفسير الظاهرة Retrospective studies. وتكونت عينة الدراسة من (١٥٤) من الذكور المراهقين، متوسط أعمارهم (١٧) سنة. وتم تطبيق مقياس التقدير الذاتى، ومقياس السلوك المبكر للمقامرة، والمقاييس الديموغرافية والاجتماعية للمقامرة .

وأوضحت نتائج الدراسة أن مقياس الاندفاعية يمكنها التنبؤ بالمقامرة المشكل إذا تم التحكم فى العوامل الديموغرافية، كما أن الاندفاعية يمكنها التعرف أيضاً على المراحل المبكرة للمقامرة وعلى بعض العوامل الشخصية للمقامر مثل القلق والعدوانية .

وقد جاءت نتائج الدراسة لتؤكد ما جاء به الدليل التشخيصى الاحصائى الرابع DSM-IV. من حيث أن سلوك المقامرة ينتج عن عيوب فى التحكم فى الدفعات الخاصة بالمقامرة. وأوضحت الدراسة أيضاً أن غالبية المقامرين لا يرغبون فى علاج المقامرة أو فى تعديل سلوكياتهم، بل يطلبون دائماً المخاطرة بأنفسهم ، مما قد يوقعهم فى المقامرة المشكل .

ويشير الباحث ،إلى أن هناك فروق جوهرية بين المقامر الذى يرغب فى العلاج، والمقامر الذى لا يرغب فى العلاج. إذ أن هذا الأخير لا يمكن لأى برنامج علاجى مهما كانت فاعليته أن يعالجه، أما الذى يرغب فى العلاج- وهم نسبة قليلة- يمكن أن تتم معالجتهم بعد تحديد العوامل الديموغرافية الهامة والمسئولة عن المقامرة. ويصنف الباحث المقامرين الذين يرغبون فى العلاج بأنهم يندرجون تحت (العصابين) أما الذين لا يرغبون فى العلاج يتم تصنيفهم تحت (الذهانيين) . وإذا كان للذهان أن يُعالج فإن المقامر الذهانى لا يمكن علاجه .

وتوصى الدراسة بضرورة إتباع محكات خاصة فى دراسة المقامرة مثل الدليل التشخيصى الإحصائى الذى تصدره الجمعية الأمريكية للطب النفسى .

دراسة بول وآخرون . (Powell, J. et. al. 1999)

أجرى (بول) وآخرون دراسة بعنوان (المقامرة وسلوك المخاطرة بين طلاب الجامعة) وتهدف الدراسة الحالية لاكتشاف العلاقة بين سلوك المخاطرة والمقامرة، وتحددت فروض الدراسة فى أن سلوك المخاطرة أو سلوك البحث عن الإثارة تحدد الفرق بين المقامرة المرضية والمقامرة المشكّل ، وتكونت عينة الدراسة من الذكور والإناث فى المرحلة الجامعية. وتم تطبيق إستبيان سلوك المخاطرة Risk-taking questionnaire (RTQ) وبطارية (أرنيت) للبحث عن الإثارة Arnett inventory of sensation-seeking .

وهذين المقياسين يحددان لدرجة كبيرة الفرق بين المقامرة المرضية والمقامرة المشكّل، وأوضحت نتائج الدراسة أن عينة الدراسة من طلاب الجامعة لا يعانون من المقامرة المشكّل، كذلك هناك فروق ذات دلالة بين المقامرين المرضى والمقامرين الاسوياء، كما إتضح أيضاً أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث المقامرين، حيث كان الذكور أكثر مخاطرة ولديهم بحث عن الإثارة بشكل مستمر، كما أنهم كانوا أكثر مقامرة . واتضح أيضاً أن كثرة المقامرة تؤدى لكثرة سلوك المخاطرة .

ويذكر الباحث فى مناقشته لنتائج الدراسة أن طلاب الجامعة لا يعانون من المقامرة المشكّل، نظراً لأنها لا تمثل لهم مشكلة، كما أنهم لا ينظرون لها على أنها إضطراب يتطلب العلاج، بل إن نظرتهم للمقامرة نظرة إيجابية، رغم كل سلبياتها، بل إن بعض المقامرين ينظر لتلك السلبيات على أنها العامل المشوق فى اللعبة ذاتها، فلو كانت المقامرة تخلو من السلبيات ما قام المقامرون بممارستها .

وتشير النتائج بأن الذكور أكثر مخاطرة من الإناث، وذلك لأن المخاطرة أحد أبعاد الاعتداد بالنفس، وهى سمة ذكرية أكثر منها أنثوية، تجد لنفسها القبول لدى الذكور والرفض لدى الإناث، وهذا لا يشير إلى إنعدام سلوك المخاطرة لدى الإناث المقامرين، بقدر ما يشير

لإنخفاض السمة بالمقارنة بالذكور. وفي بعض الحالات يشير سلوك المخاطرة لدى الاناث إلى الرغبة في تعويض الخسارة، أما لدى الذكور يصبح سلوك المخاطرة عامل أساسى فى المكسب أو الخسارة، فهو صفة (ثابتة) لدى الذكور، وصفة (متغيرة) لدى الاناث .

دراسة ليجوكس وآخرون : (Lejoyeux, M. et al. 1998)

أجرى (ليجوكس) وآخرون دراسة بعنوان (إضطراب التحكم فى الدفعة لدى مدمنى الكحوليات وعلاقتها بالبحث عن الإثارة وعدم الاندفاعية) وتهدف الدراسة الحالية لمقارنة مستوى الاندفاعية والبحث عن الإثارة. وتكونت عينة الدراسة من (٦٠) مفحوص، قسموا لمجموعتين : (مجموعة تجريبية مكونة من (٣٠) مفحوص)، و(مجموعة ضابطة مكونة من (٣٠) مفحوص). وكانت المجموعة التجريبية من الذين يتناولون الكحوليات ولديهم إضطرابات فى التحكم فى الدفعة . impulse control disorders، وتشمل هذه الاضطرابات : الاضطراب الانفعالى المتقطع، وهوس السرقة أو هوس الحريق pyromania، والمقامرة المرضية، وتم تطبيق مقياس زوكرمان للبحث عن الإثارة وقائمة تقدير الإندفاعية .

وأوضحت نتائج الدراسة أن هناك علاقة بين المقامرة المرضية وشدة الاضطرابات فى التحكم فى الدفعات، وأن ذلك يرجع بدرجة كبيرة لإدمان الكحوليات، أو البحث عن الإثارة . وأوضحت الدراسة أيضاً أن سلوك البحث عن الإثارة يرتفع لدى المرضى الذين لديهم إضطراب فى التحكم فى الدفعات والذين يدمنون الكحوليات. وتصل الرغبة فى الإثارة لأقصى درجاتها، إذا كان الفرد يجمع بين المقامرة المرضية وإدمان الكحوليات، وترى الدراسة أن العلاقة بين كلاً من المقامرة المرضية وإدمان الكحوليات ليست مجرد علاقة شكلية تحتها ظروف اللعب فى نوادى المقامرة، كذلك فإنها ليست علاقة شرطية، وإنما هى علاقة دينامية تتمثل فى ثلاثة أمور: الإثارة والاندفاعية، والرغبة أيضاً فى التخفف من هذه الإثارة إذا ما وصلت لدرجة عليا، فإذا فشلت المقامرة فى تحقيق هذه الرغبة، إتجه المقامر للكحوليات، لا لأنها تحقق الرغبة فى الإثارة، أو تخفف من حدتها، ولكن لأنها تعمل على نسيان الإثارة، وتركيز الانتباه فى أمور أخرى تبعث على السعادة المؤقتة، وتشير الدراسة إلى أن تناول الكحوليات لدى المقامرين، يكون فى البداية بصورة شكلية، فينظر المقامر للكحوليات على أنها

من ضمن أدوات المقامرة، تم لا تلبث أن تتحول هذه الصورة الشكلية إلى صورة فعلية تحقق أهدافاً كثيرة أهمها، نسيان الرغبة في الإثارة .

دراسة ستيل وبلانزسكى . (Steel, Z, & Blaszczynshi, A. 1998)

قام ستيل وبلانزسكى بدراسة تحت عنوان: (الاندفاعية واضطرابات الشخصية والمقامرة المرضية الشديدة). ويهدف البحث للتعرف على مزيد من المعلومات الخاصة بالاندفاعية لدى المقامرين، والتأكد من نتائج الدراسات السابقة فى هذا الشأن، وتفترض الدراسة أن هناك علاقة إرتباطية بين الاندفاعية وسلوك المقامرة المرضية، وأن كلاهما يرتبط أيضاً باضطرابات الشخصية. وتكونت عينة الدراسة من (٨٢) من المقامرين الذين يبحثون عن علاج للمقامرة. وتم تطبيق مقياس (ساوث أوكس) للمقامرة، وقائمة أيزنك للاندفاعية، واستبيان اضطرابات الشخصية المعدل، وقائمة بيك للاكتئاب، كما تم الحصول على بعض المعلومات الديموغرافية عن العينة .

وأوضحت نتائج الدراسة أن المقامرة المرضية ترتبط بالاندفاعية، وتزداد الاندفاعية كلما كثر سلوك المقامرة، واتضح ذلك من خلال مقياس أيزنك للاندفاعية ومقياس (ساوث أوكس) للمقامرة. وأشارت الدراسة إلى أن المقامرين يعانون من بعض الاضطرابات السلوكية والنفسية، وأن الاندفاعية لدى المقامر كى تتضح لنا جيداً، لابد أن نعتبرها جزء من هذه الاضطرابات السلوكية والنفسية، وذلك كما ورد فى الدليل التشخيصى الاحصائى الثالث المعدل DSM. III. R .

دراسة برويموس وآخرون : (Proimos, J. et. al. 1998)

أجرى (برويموس) وآخرون دراسة بعنوان (المقامرة وسلوك المخاطرة بين الطلاب فى الصف الثامن والثانى عشر) ويهدف هذا البحث لدراسة العلاقة بين سلوك المقامرة وسلوك المخاطرة بين المراهقين. وتكونت عينة الدراسة من (٢٩٧) مفحوص تم إختيارهم من (٧٩) مدرسة. وتم تطبيق العديد من المقاييس للحصول على المعلومات الديموغرافية، وقياس العنف والنشاط الجنسى وعلاقة ذلك بسلوك المقامرة .

وأوضحت نتائج الدراسة أن (٥٣٪) من المفحوصين والذين كانوا يمارسون المقامرة لمدة (١٢) شهر، اتضح أن (٧٪) منهم كانوا يعانون من مشكلات سلوكية كثيرة كانت من جراء المقامرة، وأهم هذه المشكلات هي إدمان الكحوليات والتهديدات التي يتلقاها المقامر من الآخرين، والممارسات الجنسية، وحمل السلاح، كما أوضحت الدراسة أيضاً أن هناك إرتفاع فى سلوك المخاطرة بين المقامرين، يؤدي فى كثير من الاحيان لمشكلات سلوكية كثيرة لدى المقامر، واتضح أيضاً أن المقامرين الذين تزداد لديهم سلوك المخاطرة هم من المقامرين المرضيين .

دراسة وتيل وألين . (Kweitel, R. & Allen, F. 1998)

أجرى (وتيل وألين) دراسة بعنوان (العمليات المعرفية المرتبطة بسلوك المقامرة) وتهدف هذه الدراسة لبحث العلاقة بين سلوك المقامرة وبعض الديناميات النفسية المتمثلة فى وجهة الضبط، وتكونت عينة الدراسة من (٨٠) من الذكور، (٧٥) من الاناث، جميعهم فى مرحلة التعليم الجامعى، وتم إستخدام بعض مقاييس التقرير الذاتى، ومقياس وجهه الضبط المتعدد الابعاد (لليفتسون) ومقياس (ساوث أوكس) للمقامرة .

وأوضحت نتائج الدراسة أنه لا توجد علاقة بين وجهة الضبط الداخلية والمقامرة، بينما ترتبط وجهة الضبط الخارجية بسلوك المقامرة، إذ يرى المقامر أنه يمارس سلوك المقامرة بسبب المغريات الخارجية، وبخاصة ما يحيط بالمقامرة من إثارة وتشويق، مما يدفع الفرد للمقامرة والمخاطرة بمزيد من الأموال، وإتضح أن سلوك المقامرة يصبح مرضياً، إذا كان هناك إفراط فى ممارسة المقامرة، وأن المقامر لا يستطيع التخلّى عن المقامرة بأى شكل من أشكال الارشاد العادى، وكشفت الدراسة أيضاً، أن الذكور أكثر ممارسة للمقامرة من الإناث، بجانب أن المقامر أكثر إستدانة وإقتراضاً للمال .

دراسة دايكسون وآخرون . (Dixon, M. et. al. 1998)

قام (دايكسون) وآخرون بدراسة بعنوان (الإندماج فى وهم القدرة على التحكم من خلال كثرة التعرض لسلوك المخاطرة). وتهدف الدراسة الحالية لمعرفة العلاقة بين سلوك المخاطرة

وهم القدرة على التحكم لدى المقامرين، وتكونت عينة الدراسة من (خمسة) من المقامرين الذين إعتادوا العبة الروليت .

وأوضحت نتائج الدراسة أن سلوك المخاطرة لدى المقامرين يحدث عندما يتعرض الفرد لأنشطة معينة لها صفة الفرصة والحظ . ويعتقد المقامر أن بإمكانه التغلب على الحظ وتطويع الصدفة لصالحه والتحكم فى نتائج الأشياء من خلال التدريب وإكتساب المهارات الخاصة باللعبة، وأوضحت الدراسة أيضاً أن المقامرين ينفقون الكثير من الأموال بالرغم من أن مهارتهم وأنشطتهم الوهمية لا تؤثر فى نتائج اللعبة، ورأت الدراسة أن وهم القدرة على التحكم يرتبط بسلوك المخاطرة عند تكرار الفوز للمقامر، مما يفسر التساؤل القائل (لماذا يستمر الأفراد فى المقامرة؟) وإذا تم تدعيم سلوك الخسارة، قد تنطفئ الاستجابة للمقامرة؛ ولكن الأفراد يختلفون فيما بينهم من حيث إنطفاء الرغبة فى المقامرة .

دراسة واليسك . (Wallisch, L. 1998)

قام (واليسك) بدراسة بعنوان (محددات المقامرة والمقامرة المشكل : من خلال ثلاث نظريات)، ويهدف البحث الحالى لدراسة ثلاثة جوانب من سلوك المقامرة عن طريق ثلاثة نظريات تفسر سلوك المقامرة . أما الثلاثة أبعاد الخاصة بسلوك المقامرة فهي :

- ١- زيادة معدلات الانحراف .
- ٢- انتشار المقامرة السوية أو البسيطة .
- ٣- كثرة ممارسة المقامرة، وخاصة المقامرة المشكل أو المقامرة القهرية .

وتفترض الدراسة الحالية أن هناك ثلاث نظريات لتفسير هذه الأبعاد الثلاثة وهى :

نظرية الفرصة، ونظرية التعلم الاجتماعى، ونظرية الانحراف . وتتساءل الدراسة لأى مدى تستطيع هذه النظريات أن تحدد أسباب المقامرة، وما هى العوامل الشخصية التى ترتبط بالمقامرة وكثرة ممارستها .

وتكونت عينة الدراسة من (٦٣٠٨) من المقامرين فى مرحلة الرشد، وأجريت معهم عدة حوارات تليفونية، وأوضحت نتائج الدراسة أن ما يقرب من (٧٠ : ٩٠٪) من الأمريكان

المقامرين يستمرون فى سلوك المقامرة بغض النظر عن نوعها، أى سواء كانت مقامرة بسيطة وعابرة أو مقامرة قهرية ومرضية ، كما رأت الدراسة أن نظرية الفرصة ترى أن المقامرة فعل سوى يمثل لدى الفرد جاذبية معينة طالما كان أمامه أمل وفرصة فى الفوز، تزول هذه الجاذبية بمجرد زوال الفرصة فى الفوز، لذلك ترى نظرية الفرصة أن الناس يقيمون لمجرد وجود الفرصة والأمل فى الربح وخاصة التشويق والإثارة فى سلوك المقامرة، فسلوك المخاطرة هو ما يدفع المقامرين للاستمرار فى المقامرة .

وترى نظرية التعلم الاجتماعى أن المقامرة تفرض على الناس أن يكونوا إجتماعيين، فقد يضطر الفرد للدخول فى علاقات إجتماعية ليساير المقامرين، أما نظرية الانحراف ترى أن الفرد يقيم لوقوعه تحت ظروف إجتماعية معينة، تمثل ضغوط كثيرة عليه، وأن الفرد إذا حاول أن يتخلص من هذه الضغوط بأى طريقة أخرى، فربما يصبح أكثر تعرضاً للجريمة بأنواعها، لذا يتجه الفرد للمقامرة، كمحاولة للتخلص من هذه الضغوط، والفرد هنا يوازن بين أقل الأشياء ضرراً، وربما تدفعا المقامرة للجريمة فيما بعد، إذن ترتبط نظرية الانحراف بالعوامل الاجتماعية والضغوط النفسية التى يعاينها المقامر .

دراسة شتينشفيد وآخرون . (Stinchfield, R. et. al. 1997)

قام (شتينشفيد) وآخرون بدراسة بعنوان (إنتشار المقامرة بين طلاب المدارس العامة فى مينسوتا فى الفترة من ١٩٩٢ : ١٩٩٥)، وتفترض هذه الدراسة أن المقامرة المرضية جزء من أخطار متعددة وإنحرافات سلوكية كثيرة، قد يقع فيها الفرد مثل ، إساءة إستخدام المخدر، والاضطرابات النفسية، كالإكتئاب، كما تفترض الدراسة أيضاً أن المقامرة المرضية ترتبط بالسلوك المضاد للمجتمع ، وقد بلغ حجم عينة الدراسة (١٢٢٧٠٠) من طلاب المدارس العامة فى ولاية مينسوتا، تم تقسيمهم لمجموعتين: ذكور وإناث .

وأوضحت نتائج الدراسة أن هناك علاقة دالة إيجابية بين المقامرة والأنشطة المضادة للمجتمع، وذلك بالنسبة للذكور دون الاناث، ويتمثل ذلك فى تعرض كثير من المقامرين للأخطار، والطرد من المنزل، وتبديد الأموال وأسلوب إيزاء الآخرين، والحصول على الأشياء دون دفع

المقابل، هذا وقد أوصت الدراسة الحالية بضرورة عمل المزيد من الأبحاث، خاصة فيما يتعلق بعلاقة المقامرة بالاضطرابات النفسية الأخرى، وذلك لأن هناك أشياء كثيرة في ظاهرة المقامرة لم تتضح للآن، فلم يعرف للآن ما إذا كانت المقامرة تعبير عن اضطرابات أخرى، أم أنها وحده فريدة مستقلة بذاتها؟ بعبارة أخرى، هل المقامرة سبب أم نتيجة؟ وإن كان الباحث يطرح هذا التساؤل إلا أنه يرى في التعليق على نتائج الدراسة أن المقامرة المرضية وحدة فريدة وظاهرة قد لا تفسرها النظريات التقليدية في علم النفس، من قبيل النظرية السلوكية، أو التحليل النفسي، والجشطلت. فإذا أردنا أن نفهم ظاهرة المقامرة فهما صحيحاً، لابد وأن نضع لها نظرية خاصة بها، شريطة أن تحدد هذه النظرية مفاهيم المقامرة تحديد علمياً إجرائياً، بجانب الإهتمام بالعوامل الديموغرافية مثل، السن، النوع، المستوى الثقافي والاجتماعي والاقتصادي، والتعليم وطول مدة المقامرة، والمجال الايكولوجي. ومن أهم الابعاد الديموغرافية ذات التأثير الفعال في ظاهرة المقامرة، هو ما يتصل بطول مدة المقامرة، بجانب المجال الايكولوجي .

دراسة ميللر وبايرنس . (Miller R, D. & Byrnes. J. 1997)

قام (ميللر وبايرنس) بدراسة بعنوان (دور العوامل البيئية والشخصية في سلوك المخاطرة لدى الأطفال). وتهدف الدراسة الحالية لمعرفة العلاقة بين سلوك البحث عن الإثارة وسلوك المخاطرة. وإفترضت الدراسة أنه من الممكن أن نفهم سلوك المخاطرة فهما جيداً إذا تم تناولة من حيث علاقتة بسلوكيات المقامرة. وتكونت عينة الدراسة من (١١٥) طالب في الصف الثامن، أعطى لكل منهم ستة واجبات ومهام تحتوى على سلوك المخاطرة، ويسمح للمفحوص بحرية الاختيار للواجبات الأكثر أو الأقل خطورة، ويوجد أربعة من بين هذه الواجبات الخطيرة تحتاج إلى المهارة، واثنين منها تتطلب الحظ، وواحد من هذين الأخيرين يتضمن الحصول على المكافأة عن طريق رمى زهر النرد للحصول على رقم معين .

وإستخدم مقياس (زوكرمان) للبحث عن الإثارة، وتم التركيز على ثلاثة مقاييس فرعية فيه وهى، الإثارة، والبحث عن المغامرة، والبحث عن الخبرة والقابلية للإصابة بالملل .

وأوضحت نتائج الدراسة أن إختيار المهام الأكثر مخاطرة والمرتبطة (بالمهارة) كانت ذو علاقة إرتباطية دالة بحب المقامرة فقط .

وأوضح تحليل الانحدار أن البحث عن الإثارة والمغامرة هي إحدى خصائص سلوك المخاطرة، وليست الواجبات والمهام التي تتطلب المهارة، وظهر ذلك من خلال درجات الطلاب المرتفعة في مقياس المغامرة وحب الإثارة، وكذلك إختيارهم للمهام الأكثر مخاطرة. وأوضحت نتائج الدراسة أيضاً أن سلوك المخاطرة لدى المقامر يرتبط في أغلب الأحيان بالأفعال التي لا تتطلب المهارة، فالمقامر يستمد الشعور بالإثارة من خلال الصدفة والحظ، أما الأفعال التي تعتمد على السلوك المهارى تنخفض فيها درجة الإثارة، لأنها قد تكون معروفة النتائج مسبقاً، وأشارت الدراسة إلى ضرورة وضع مقياس لسلوك المخاطرة لدى المقامرين لا تفرق بين سلوك المخاطرة والإثارة والبحث عن الإثارة والمغامرة، إذ أن هذه المفاهيم تندرج جميعها تحت مفهوم واحد، هو سلوك المخاطرة .

دراسة فيتارو وآخرون . (Vitaro, F. & et. al. 1997)

قام (فيتارو) وآخرون بدراسة بعنوان (التوقعات المفسرة للمقامرة المشكل لدى المراهقين) ويهدف هذا البحث لدراسة العلاقة بين الإندفاعية والمقامرة المشكل . والدراسة الحالية هي إحدى الدراسات الطولية التي طبقت على مجموعة من الأفراد وهم فى الثالثة عشر من عمرهم إلى أن بلغوا سن السابعة عشر، وقد تم تطبيق العديد من الاختبارات عليهم فى هذه الفترة، وفى سن الثالثة عشر طبق على الأفراد مقياس (أيزنك) للإندفاعية وهو مقياس يتضمن أبعاد لقياس سلوك المخاطرة، بجانب ذلك تم تطبيق مقياس محددات المعلم لاندفاعية الأفراد، أما فى سن السابعة عشر تم تطبيق مقياس (ساوث أوكس) للمقامرة، هذا وقد تم تعريف سلوك المقامرة المشكل تعريفاً إجرائياً بأنه الدرجة العالية للفرد على مقياس (ساوث أوكس)، والدرجة العالية هي ثلاثة درجات أو أكثر من عشرون درجة هي عدد بنود الاختيار .

واتضح من نتائج الدراسة أن هناك علاقة بين الإندفاعية والمقامرة، وظهر ذلك من خلال مقياس التقرير الذاتى، ومقياس محددات المعلم لاندفاعية الأفراد، كما إتضح أيضاً أنه لا

توجد علاقة بين الإندفاعية والأنشطة الخاصة بالمقاومة في سن الثالثة عشر . كما أكدت الدراسة الفرض القائل : أن الإندفاعية المبكرة ترتبط بالمقاومة المشكّل فيما بعد، أى أن الفرد إذا كان إندفاعياً يسهل أن يكون مقامراً إذا توفرت له الظروف . كذلك إتضح أن كل المقامرين أكثر إندفاعية، فتطرف الإستجابة فى الإتجاه الموجب، أو الإندفاعية، هو أحد الخصائص الأساسية لسلوك المقاومة، والتي وإن كانت متأصلة فى أفراد غير مقامرين، يمكن لهم أن يصبحوا كذلك فى حال توافر الظروف المناسبة. وعندما ينتقل الفرد من المقاومة العادية (الاجتماعية) إلى المقاومة المشكّل (المرضية) قد يتحول سلوك الإندفاعية إلى سلوك المخاطرة أو البحث عن الإثارة، ولا يظهر ذلك فى مرحلة المراهقة المبكرة بقدر ما يبدو واضحاً فى مرحلة المراهقة المتأخرة .

وأوصت الدراسة بعمل مزيد من الدراسات الخاصة باكتشاف العلاقات المؤقتة المرتبطة بالمقاومة المشكّل، وهى العوامل المتغيرة، مثل الثقافة والبيئة، والعرف والتقاليد ودورها فى تحديد سلوك المقاومة، فما زالت هذه العوامل بعيدة من أن نضع لها قاعدة نظرية واحدة .

دراسة فولبيرج وآخرون . (Volberg, R. et. al. 1997)

أجرى (فولبيرج) ومجموعة من الباحثين دراسة بعنوان (إكتشاف العلاقة بين المقاومة، والمقاومة المشكّل وتقدير الذات) وكان الهدف من هذه الدراسة هو معرفة أهم العوامل التى يمكن أن تتنبأ بالمقاومة المشكّل، وفى أي فئة تنتشر المقاومة المشكّل؟ وتكونت عينة الدراسة من (١٥٥١) مقامر، أجريت معهم العديد من الحوارات التليفونية، كما تم تطبيق بعض المقاييس النفسية عليهم مثل مقياس (ساوث أوكس) للمقاومة، ومقياس (روزنبرج) لتقدير الذات، كم تم الحصول على بعض المعلومات الديموغرافية. للمفحوصين، مثل العرق، النوع، الحالة الزوجية، والوظيفة .

أوضحت نتائج الدراسة أن أهم العوامل التى نستطيع من خلالها التنبؤ بالمقاومة المشكّل هى : الحالة الوظيفية، فقلة دخل الوظيفة قد يدفع الفرد للمقاومة أملاً فى تحقيق ربح مادى يلبى له إحتياجاته وإحتياجات أسرته، هذا بالإضافة إلى الاضطرابات الأسرية الناتجة عن قلة

الدخل، قد تدفع الفرد للمقاومة . كذلك يؤثر النوع (ذكر أو أنثى) على ممارسة المقاومة المُشكل، إذ تكثر المقاومة لدى الذكور عن الإناث، وبين الشباب متوسطى الدخل والتعليم وتقل بين كبار السن .

وفى حالات قليلة قد تكون المقاومة بسبب نقص فى تقدير الذات، رغبة فى البحث عن الإثارة والمخاطرة من خلال أفعال يقحم فيها الفرد نفسه، نظراً لما تمثله من تشويق وإثارة .

دراسة بلازنكىس وآخرون . (Blaszczynski, A. et. al. 1997)

قام بلارنسكى وآخرون بدراسة بعنوان (الإندفاعية فى المقاومة المرضية: المندفعين المضادين للمجتمع) وتهدف الدراسة الحالية لاختبار الدور القوي الذى تقوم به الإندفاعية فى المقاومة المرضية. وتكونت العينة من (١١٥) من المقامرين المرضيين، وإستخدم الباحثون مقياس الإندفاعية .

وأوضحت نتائج الدراسة أن الإندفاعية لدى المقامرين ترتبط بالتغيرات النفسية والسلوكية وكذلك باضطرابات الشخصية. واتضح أيضاً أن هناك علاقة إرتباطية بين سلوك المخاطرة والسلوك المضاد للمجتمع، وظهر ذلك من خلال تحليل الدليل التشخيصى الإحصائى الثالث، الخاص باضطرابات الشخصية المضادة للمجتمع بجانب تحليل إستبيان أيزنك للشخصية .

دراسة شافروهل . (Shaffer, H. & Hall, M. 1996)

قام (شافر وهل) بدراسة بعنوان (تقدير إنتشار إضطرابات المقاومة لدى المراهقين جُماع كمي وإرشادى للتعرف على المقاومة المعيارية) . ويهدف البحث الحالى للكشف عن العلاقة، بين سلوك المخاطرة والمقاومة المرضية (أو ما يعرف بالمستوى الثالث من المقاومة) . كما تهدف الدراسة أيضاً لمعرفة حجم إنتشار الظاهرة بين شباب المراهقين وتكونت عينة الدراسة من (١٢٧٩) من المراهقين (٣٤٢٪) منهم كانوا فى المستوى الثالث من المقاومة (المقاومة المرضية)، (١١٢٣٪) كانوا فى المستوى الثانى من المقاومة، وهو المستوى الذى يخاطر بنفسه.

وأوضحت نتائج الدراسة أن هناك علاقة دالة وقوية بين سلوك المخاطرة والمقامرة، ولابد أن ندرك مباشرة أن الفرد طالما يعاني من مقامرة مرضية إذن فهو يعاني أيضاً من سلوكيات المخاطرة، فالمقامرة والمخاطرة وجهان لشيء واحد، حتى أن الباحثان يقولون ما هو أبعد من ذلك من حيث أن الذي لم يقامر، فهو لم يتعرض للمخاطرة مطلقاً .

دراسة هارباولى . (Harba, J. & Lee, G. 1996)

قام (هارباولى) بدراسة بعنوان (الجنس، المقامرة والمقامرة المشكل)، وتهدف هذه الدراسة لإختبار الفروق النوعية فى سلوك المقامرة بين الذكور والاناث، وتكونت عينة الدراسة من (١١٠١) مفحوص تم إختيارهم عشوائياً من مجموعة من المراهقين المقامرين، وقد وضع الباحثان درجات معيارية لسلوك المقامرة، وذلك من خلال المزج بين أربع محاور :

- ١- عدد الأنماط المختلفة من المقامرة .
 - ٢- عدد مرات المقامرة . «تكرارات المقامرة» .
 - ٣- كمية ما يراهن عليه الفرد .
 - ٤- كمية وقت الفراغ الذى يقضيه الفرد فى المقامرة .
- وقد تم قياس المقامرة المشكل من خلال المزج أيضاً بين ثلاث مقاييس :

- ١- التقرير الذاتى لسلوك المقامرة .
- ٢- فقدان التحكم أثناء المقامرة .
- ٣- الآثار والنتائج السلبية المقامرة .

وقد أوضحت نتائج الدراسة أن سلوك المقامرة يزداد بين الذكور عن الإناث . لكن كلاهما يتعرض لنفس المخاطر إذا كانوا من المقامرين المشكل، أى أن الآثار السلبية للمقامرة لا تختلف باختلاف النوع، كما أوضحت الدراسة أيضاً أن الفرد يصنف من المقامرين المشكل، إذا كان الوقت الذى يقضيه فى المقامرة كبيراً، بجانب أن ما يراهن عليه من مبالغ مالية تكون كثيرة ومتنوعة .

وتتطابق نتائج الدراسة الحالية مع ما جاء فى الدليل التشخيصى الإحصائى الرابع للمقامرة المرضية (MSM. 1v) والذى يحدد المقامرة المرضية فى ضوء : الانشغال الكامل بالمقامرة، والرهان بكثير من الأموال للحصول على الإثارة، وقضاء أوقات كثيرة فى ممارسة المقامرة . وقد يخاطر المقامر بنفسه من أجل المقامرة، فيتجه للسرقه والاحتياى والاختلاس، وقد يدرك المقامر مدى خطورة أفعاله إلا أنه يكون مندفعاً نحوها بدرجة قهرية ولا يستطيع معها أن يقاوم أفكاره وإندفاعاته .

دراسة بوختا . (Buchta, R. 1995)

أجرى (بوختا) دراسة تحت عنوان (المقامرة بين المراهقين) . وتهدف هذه الدراسة إلى معرفة بداية المقامرة لدى المراهقين، وهل ترتبط المقامرة ببعض المتغيرات النفسية، مثل سلوك المخاطرة؟ وتكونت عينة الدراسة التجريبية من الذكور والإناث المراهقين الذين بلغوا «١٠٢» قسموا إلى : (٤٨٦٪) من الذكور و (٥١٣٪) من الإناث. أما العينة الضابطة من المراهقين وغير المراهقين، كان معظمهم من الذكور .

وقام الباحث بتطبيق مقياس : (سلوك المقامرة لدى المراهقين) والذى كان يكشف عن حجم المقامرة، وبعض السلوكيات المرتبطة بها وهى : سلوك المخاطرة والإدمان .

وأوضحت نتائج الدراسة، أن سلوك المقامرة يزداد فى مرحلة المراهقة المتأخرة، ويكثر إنتشاره بين الذكور دون الإناث . كما أن المقامرة ترتبط بسلوك المخاطرة والإدمان، فكثير من المراهقين يمارسون المقامرة من أجل الاحساس بنشوة المخاطرة ولذة الإثارة. ويرتبط الإدمان بالمقامرة للتخفف من الاحباطات التى يحدثها سلوك المقامرة، فبقدر ما يتعرض المقامر للخسارة، بقدر ما يُقبل على الإدمان .

دراسة كوفينترى وبراون . (Coventry, K. & Brown, R. 1993)

أجرى الباحثان دراسة بعنوان (البحث عن الإثارة والمقامرة، وإدمان المقامرة) ويهدف البحث الحالى للتعرف على درجة الإثارة أثناء المقامرة، وما هى الأنشطة التى يفضلها المقامرين؛ ومن ناحية أخرى يقارن البحث بين المقامرين وغير المقامرين فى سلوك البحث عن

الإثارة، وتكونت عينة الدراسة من مجموعة من المقامرين (مجموعة تجريبية) ومجموعة من غير المقامرين (مجموعة ضابطة) ، كلهم من المراهقين، وقام الباحثان بتطبيق مجموعة من المقاييس للتحقق من فروض الدراسة، حيث تم تطبيق مقياس البحث عن الإثارة (SSS) sensation Seeking scale، ومجموعة من الأسئلة الخاصة ببعض جوانب السلوك لدى المقامرين، وكذلك بعض الأنشطة المفضلة لديهم .

أوضحت نتائج الدراسة أن هناك فروق دالة إحصائية بين المقامرين وغير المقامرين من حيث سلوك البحث عن الإثارة، إذ ترتفع الدرجة على البحث عن الإثارة لدى المقامرين، وكذلك تدور كل أنشطة المقامرين حول البحث عن الإثارة، وذلك من خلال المقامرة في سباق الخيل والروليت وألعاب النرد ، وكلها أنشطة تتميز بالإثارة العالية .

ثانياً : دراسات تناولت الغرائز الجزئية لدى المقامرين

دراسة ديلمان . (Dielman, t. 1996)

قام «ديلمان» بدراسة بعنوان : (المقامرة المرضية كمصدر من مصادر الشعور بالذنب) ويهدف البحث الحالى لدراسة العلاقة بين المقامرة المرضية والشعور بالذنب، والمازوخية (وجهة الضبط، وهم القدرة على التحكم. وتفترض الدراسة الحالية أن المقامرة المرضية ترجع إلى الشعور المفرط بالذنب، وأن الفرد يمارسها كنوع من التعذيب الذاتى لنفسه (مازوخية) ليتخفف من الشعور بالذنب. وتفترض الدراسة أيضاً أنه كلما إرتفع الشعور بالذنب كلما كانت وجهة الضبط الداخلية أعلى من الخارجية . كذلك هناك علاقة بين الإفراط فى المقامرة المرضية وبين وهم القدرة على التحكم .

وتكونت عينة الدراسة من (٢٣٠) مقامر مرضى، أعمارهم تتراوح ما بين (١٦ : ٤٦) سنة، وتم تحديد كافة العوامل الديموجرافية لاختيارهم، وذلك فيما يتصل بالنوع والمستوى الثقافى والاجتماعى والاقتصادى والتعليمى، حيث كان أفراد العينة من الذكور ذوى المستوى الثقافى متفاوت نسبياً، ومعظمهم ذوى مستوى تعليمى فوق المتوسط، ومن مستويات إقتصادية متوسطة ويشغلون وظائف مهنية متنوعة .

وتم تطبيق العديد من الأدوات التى تشمل على ما يلى :

* اختبار وجهة الضبط من إعداد (جوليات روتر) عام ١٩٦٦، ويشمل على وجهتى ضبط: داخلية وخارجية .

* قائمة الاعراض المرضية للمقامرة المرضية، وهى من إعداد الباحث وتشمل على أبعاد: المقامرة المرضية والشعور بالذنب، وجهة الضبط الداخلية والخارجية .

وبعد عمل التحليل الإحصائى للبيانات، ونتائج الدراسة، إتضح أن المازوخية ترتفع لدى المقامر المرضى عند إرتفاع الدرجة على الشعور بالذنب. واتضح أن الشعور بالذنب يرتفع فى حالات كثيرة هى : الفشل المتكرر فى المكسب أثناء المقامرة، إهمال الحياة الأسرية والوظيفية بشكل كبير، وأن المقامرة لا ترضى طموح المقامر، ورغم ذلك لا يستطيع أن يبتعد عنها،

القضاء على الحياة الاجتماعية وتقطع الصلة بين الاصدقاء والأقارب، وعدم القدرة على إتقان العديد من المهارات الحياتية بسبب المقامرة .

وقد يزداد الشعور بالذنب رغم ما تحققة المقامرة من مكاسب، وذلك بسبب الخسارة الكبيرة فى جوانب أخرى من الحياة، كانت ذات قيمة بالنسبة للفرد، وأنه مازالت أمام المقامر الفرصة للعودة إليها، لكن المقامرة تحول دون ذلك . ويزداد هذا الوضع سلبية إذا إرتفعت الدرجة على وجهة الضبط الداخلية، حين يشعر المقامر أنه المسئول عن كل السلبيات فى حياته، هذا بالإضافة إلى إرتفاع الدرجة على وهم القدرة على التحكم كما يوضحها مقياس الباحث، فإذا كان لدى الفرد وهم للقدرة على التحكم فى أنشطة المقامرة، فذلك لأن ليس لديه شعور بالقدرة فى أى شئ آخر .

دراسة موران . (Moran, E. 1995)

قام موران بدراسة تحت عنوان (المقامرة المرضية كشكل من أشكال المازوخية) ويهدف هذا البحث للتأكد من الفروض التى وضعها (بيرجلر) من أن المقامرة المرضية تنتج عن الصراع الوالدى فى الطفولة والتمرد على سلطة الأب، مما يؤدى للشعور بالذنب، والذى يحاول المقامر من جانبة أن يتخفف منه بعقاب نفسه بممارسة المقامرة والرغبة فى الخسارة وليس المكسب، ومن ثم كان الفرض الأساسى للدراسة .

هل الرغبة فى المقامرة هى رغبة فى القضاء على الشعور بالذنب؟ وتكونت عينة الدراسة من (٣٦) مفحوص يعانون من المقامرة المرضية. وتم تطبيق مقياس «ساوث أوكس» للمقامرة المرضية، وقائمة السلوك المرضى، وتم عمل المقابلات الشخصية مع أفراد العينة، ومن خلالها جمعت البيانات الأساسية .

وأوضحت نتائج الدراسة أن المقامر المرضى الذى حصل على درجات عالية فى مقياس المقامرة المرضية (ساوث أوكس) كان لديه شعور عالى بالذنب ناتج عن العلاقة السيئة مع الوالدين فى الطفولة، وكان أكثر مازوخية، وهذا ما إتضح فى درجاته العالية على «قائمة السلوك المرضى» وتشير نتائج الدراسة إلى تأكد صحة الفرض من أن المقامرين لديهم شعور

بالذنب بدفعهم للسلوك المازوخي كمحاولة للتخفيف من الشعور بالذنب، وفي مناقشة النتائج بشبر الباحث إلى أن ما يؤكد مازوخية عينة البحث أن المقامرير نوى الدرجات العالية على قائمة السلوك المرضى كانوا يستمرون في ممارسة المقامرة رغم الخسارة الكبيرة التي يتعرضون لها، كما أن كان لديهم شعور بالامبالاة من كثرة الخسارة .

دراسة بيل . (Bell, B. 1993)

قام (بيل) بدراسة بعنوان (أبعاد الشخصية لدى المقامر المرضى). وتهدف هذه الدراسة لمعرفة الخصائص الشخصية للمقامر المرضى، وما هي الخصائص التي يكتسبها الفرد من خلال ممارسة المقامرة؛ وكذلك الخصائص الأساسية لدى الفرد والتي جعلت منه مقامراً مرضياً ؟

وتكونت عينة الدراسة من (١٢٠) من المقامرير المرضين، ممن تتراوح أعمارهم ما بين (٢٠١٦) معظمهم كانوا في المرحلة الجامعية وتم إجراء المقابلات الجماعية والفردية معهم وتم تطبيق مقاييس الشخصية ذات الأبعاد المتعددة، والتي تشمل على مقياس سمات الشخصية وهو من إعداد (مكارثي) وكذلك مقياس البنية الشخصية وهو من إعداد (فولر) ومقياس محددات الشخصية من إعداد الباحث .

وتحتوي هذه المقاييس على العديد من أبعاد وخصائص الشخصية والتي تبلغ عشرون بعداً هي كما يلي :

السادية، المازوخية، سلوك المخاطرة، الانطوائية، الانبساطية، السلوك اللاتوافقي، العصابية، الذهانية، وجهه الضبط الداخلية، وجهة الضبط الخارجية، القلق، الاكتئاب، الشعور بالذنب، تأكيد الذات، التمرد، التسامح، عدم الشعور بالمسئولية، العجز المتعلم، تطرف الاستجابة، النرجسية، وبعد عمل التحليلات الإحصائية إتضحت النتائج التالية :

ترتبط المقامر المرضى بمجموعة من الخصائص المرسبة والخصائص المساعدة التي تتضح فيما يلي .

الخصائص المرسبة : عدم الشعور بالمسئولية، العجز المتعلم، تطرف الاستجابة، النرجسية، التمرد، السلوك اللاتوافقي، وتشير الخصائص المرسبة إلى العوامل التي تجعل من الفرد مقامراً، وكلها عوامل تدور في نطاق السلوك العصابي .

الخصائص المساعدة: وهي الخصائص التي تكونت من ممارسة المقامرة وعملت على تحويل الفرد من مقامر عادي إلى مقامر مرضى، وتشمل : السادية، المازوخية وسلوك المخاطرة، والقلق، والاكتئاب، والشعور بالذنب .

وتشير الخصائص المرسبة والخصائص المساعدة إلى أن المقامرة المرضية قد تكون سبب ونتيجة في آن واحد، إذا أنها تنتج من خلال بعض الخصائص الشخصية المتمثلة في أن المقامر لا يستطيع تحمل المسئولية، وأنه لكثرة الاحباطات والفشل المتكرر الذي تعرض إليه لم تعد لديه الدافعية لبذل الجهد أو الانتظار حتى يشعر بفوائد عمله، وهو ما يعرف (بالعجز المتعلم) وبسبب ذلك يبدو سلوكه لا توافقي من حيث التمرد وتطرف الاستجابة .

أما الخصائص المساعدة فتشير إلى أن المقامرة تصبح المقامر بالعديد من الخصائص الشخصية، تمشياً مع المبدأ القائل (أن السلوك المتكرر يصنع الشخصية بصفات خاصة) وقد حددت هذه الصفات في السادية والمازوخية والقلق وسلوك المخاطرة والاكتئاب، والشعور بالذنب، وكلها صفات لا بد من توافرها في المقامر المرضى، فمما لا شك فيه أن المقامر مخاطر وجريئ ويمارس نوعاً من العدوان المفرط على الآخرين، وهو لتحقيق هذه العدوانية المفرطة، قد يصاب بالمازوخية لفشله في ذلك، لذا يبدو قلقاً في الفترة الانتقالية ما بين السلوك وتحقيق الهدف، الذي إن لم يتحقق قد يصاب بالاكتئاب .

وأوضحت نتائج الدراسة أن هناك فروق دالة بين المقامرين ذوي المقامرة المفرطة والمقامرين اللذين لا يفرطون في سلوك المقامرة، وذلك من حيث سلوك المخاطرة، حيث ترتبط المقامرة المفرطة أو المقامرة المرضية بسلوك المخاطرة، إذ تؤدي المقامرة المفرطة لسلوك المخاطرة، فيصبح سلوك المقامر أكثر إندفاعية وتهوراً فلا يدرك عواقب الأمور، وتصبح الرغبة في المقامرة، رغبة في الإثارة .

كما توضح النتائج أيضاً أن سلوك المقامرة المرضية (المفرطة) يرتبط بالسادية والمازوخية، وأن السادية والمازوخية لا ينفصلان عن بعضهما البعض لدى المقامر المرضى، حيث يؤدي كلاً منهما للآخر من ناحية، كما تؤدي المخاطرة للمازوخية من ناحية أخرى، وفي ضوء ذلك يفرق الباحث بين مفهومين (المقامر المنتصر) و(المقامر المهزوم) فالمقامر المنتصر أو المقامر المحترف هو الصورة الطبيعية للمقامر السادی الذي يلحق الأذى بالآخرين بتحقيق الانتصار عليهم، مما يجعله في بعض الأحيان يشعر بالذنب فتصبح الرغبة في المقامرة رغبة في الخسارة، ومع أول خسارة تتحول المازوخية إلى سادية ورغبة في الانتقام من الآخرين من خلال المقامرة، وكأن السادية والمازوخية حلقة لا تنتهي، أو إنتقال من حالة لأخرى .

وتوضح النتائج أيضاً أن سلوك المخاطرة يرتبط بالمازوخية، واتضح ذلك من خلال قائمة الأعراض المرضية، حيث يشير الإرتفاع في درجة المازوخية إلى إرتفاع آخر على سلوك المخاطرة، ويفسر الباحث ذلك، بأن المخاطرة تشير لنوع من الألم والإثارة والمكسب غير المضمون، مما يمثل عبئاً على الذات، ومع هذا يشعر المقامر بلذة كبيرة ، مما يعني أن سلوك المخاطرة يتماثل لدرجة كبيرة مع المازوخية، فهما في النهاية تعذيب للذات. لذا إقترحت الدراسة في توصياتها، ضرورة تقنين مقاييس سيكولوجية للمخاطرة تضع ضمن بنودها عبارات خاصة بسلوك المازوخية .

دراسة روسو . (Russo, A. 1987)

قام (روسو) بدراسة بعنوان : (الخصائص الشخصية لمفرطى المقامرة: المقامرة المرضية) وتهدف الدراسة الحالية للتعرف على أهم الخصائص الشخصية للمقامرة، كما تبدو في السادية والمازوخية، وسلوك المخاطرة، وافترضت الدراسة أن المقامرة المرضية تزداد بزيادة السادية والمازوخية، وأن المقامرة المرضية نتيجة وليس سبب للمازوخية والسادية، أما فيما يتصل بسلوك المخاطرة فافترضت الدراسة أنه نتيجة للمقامرة المرضية، وأن المقامر يتعلم سلوك المخاطرة من كثرة الفوز والأفراط في سلوك المقامرة .

وتكونت عينة الدراسة من (١١٥) مفحوص، أعمارهم تتراوح ما بين (١٧ : ٤٢) سنة كلهم من الذكور، ذوى المستويات الاجتماعية والاقتصادية والتعليمية المرتفعة، وتم تطبيق بعض المقاييس عليهم : مقياس المقامرة المرضية لمؤسسة (المقامر' المجهول) وقائمة سلوك المخاطرة للمقامرين، وقائمة الأعراض المرضية، وهما من إعداد الباحث الذى قام بعمل التقنين لهما على البيئة الأمريكية .

وأوضحت النتائج أن هناك علاقة إرتباطية بين سلوك المقامرة والسادية والمزوخية من ناحية، وبين سلوك المقامرة وسلوك المخاطرة من ناحية أخرى.

ثالثاً: دراسات تناولت العلاج النفسى لدى المقامرين

دراسة دايكسون : (Dixon, M. 2000)

أجرى (دايكسون) دراسة بعنوان: (معالجة وهم التحكم : الاختلافات فى المقامرة كوظيفة لادراك التحكم فى نتائج الفرص) ، وكان الهدف من هذه الدراسة هو إختيار الطرق التجريبية لعلاج وهم القدرة على التحكم كما تظهر لدى المقامرين، وتكونت عينة الدراسة من (خمسة) من المقامرين فى :لعبة الروليت" .

وإستخدم الباحث مقياس «وهم القدرة على التحكم» وهو مقياس من إعدادة، يختص بوهم القدرة على التحكم فى لعبة «الروليت» وقام الباحث بإعداد برنامج علاجى لسلوكيات المقامر، وتم عمل التطبيق القبلى لاستخراج عينة المقامرين المصابين بوهم القدرة على التحكم، وبعد تطبيق البرنامج العلاجى، كان هناك تطبيق بعدى على عينة الدراسة التجريبية.

وأوضحت نتائج الدراسة أن علاج وهم القدرة على التحكم لابد أن يتم فى ظروف تجريبية، وبخاصة أثناء تلقى تعليمات اللعبة، هذا بالإضافة إلى معالجة السلوكيات الأخرى للمقامر، وقد إتضح ذلك من خلال البرنامج العلاجى الذى يركز على السلوكيات التى تعمل على الافراط فى المقامرة، بجانب معالجة الأفكار غير العقلانية عن المقامرة نفسها .

دراسة بتيرى وأرمينيتانو . (Petry, N. & Armentano, C. 1999)

قام الباحثان بدراسة بعنوان (إنتشار وتحديد وعلاج المقامرة المرضية). وتهدف الدراسة الحالية لمعرفة مدى إنتشار المقامرة بأنواعها المختلفة فى أمريكا، بجانب معرفة كيفية تشخيص المقامرة وكيف يحددها الباحثون، بجانب تحديد الطرق العلاجية الفعالة فى علاج المقامرة، وتم تحديد المقامرة فى أمريكا من خلال الأطر النظرية والدراسات التى أجريت فى الفترة من (١٩٨٤ - ١٩٩٨) .

وأوضحت الدراسة أنه على الرغم من إنتشار المقامرة، وخاصة المقامرة المرضية، إلا أن المهتمين بالصحة النفسية لهذه الظاهرة قد لا يستطيعون أن يقوموا بالتشخيص الدقيق أو العلاج لها . كما إتضح أن إنتشار المقامرة يرجع إلى زيادة مشروعية نوادى المقامرة، حيث

أصدرت التراخيص لهذه النوادي في (٢٧) ولاية في الولايات المتحدة الأمريكية، وبناء على ذلك بلغ حجم إنتشار المقامرة المرضية (١٤٪) .

وعن كيفية تشخيص المقامرة المرضية، أوضحت الدراسة أن غالبية الباحثين يلجأون إلى الدليل التشخيصي الإحصائي (DSM)، وكذلك مقياس (ساوث أوكس) ذو العشرين سؤال عن المقامرة .

وبالنسبة للعلاج أوضحت الدراسة أن المقامرة العلاجية من الصعب علاجها، فقد أوضحت معظم الاطر النظرية فيما يزيد عن (١٠٠٠) فصل عن المقامرة وعلاجها - أن نسبة الشفاء من المقامرة لا تزيد عن (٨٪) ويكون ذلك لمدة عام فقط ومن خلال العلاج التخصصي الموحد Combining professional therapy. أما باقى أنواع العلاجات لا تفيد فى شىء، مثل العلاج الأسرى أو العلاج الزوجى. وقد يستخدم بعض الباحثين العلاج بالعقاقير مثل الكلوميبرامين والفلوفو كسامين والليثيوم، وكلها لا تؤدي للعلاج بل تكون أدوات مساعدة للعلاج .

وأوضحت الدراسة أيضاً أن العلاج السلوكي قد يكون مفيد فى علاج بعض أنواع المقامرة، وذلك لأنه ينصب على إعادة البناء المعرفى، وحل المشكلات، والتدريب الاجتماعى، ومنع الانتكاسة Relapse prevention. وأشارت الدراسة أيضاً إلى أن المقابلة الشخصية قد تكون أداة فعالة فى علاج بعض المقامرين الذين يعانون تناقضاً وجدانياً فيما يتصل بالعلاج.

دراسة بيدوين وكوكس . (Beaudoin, C & Cox, B. 1999)

أجرى الباحثان دراسة بعنوان (خصائص المقامرة المشكل فى البيئة الكندية: دراسة إستطلاعية باستخدام إستبيان قائم على الدليل التشخيصي الإحصائي الخامس) وتهدف الدراسة الحالية إلى تطوير بعض أدوات التقرير الذاتى التى تساعد على تشخيص المقامرة المرضية، وتحدد خصائصها، وتعمل على تحديد الأفراد الذين يبحثون عن علاج للمقامرة، وما هى أيضاً خصائص الأفراد الذين يبحثون عن العلاج . وتكونت عينة الدراسة من (٥٧) مفحوص، تم إختيارهم من مؤسسة مانيتوبا للأمان .

وأوضحت الدراسة أن هناك فروق دالة بين أعراض المقامرة فى الدليل التشخيصى الإحصائى للاضطرابات النفسية وبين أعراض المقامرة فى الدليل التشخيصى الإحصائى الرابع DSM.IV. واتضح أن هناك علاقة إرتباطية قوية بين الدليل التشخيصى الرابع للمقامرة، ومقياس ساوث أوكس للمقامرة، وذلك عند درجة إرتباطية (0,59) .

وأشارت الدراسة إلى أن المقامرة فى نظر بعض المقامرين وسيلة للتخفيف من إضطرابات المزاج، واتضح أن (٥٠) من أفراد العينة كانت لديهم أفكار إنتحارية .

دراسة باسترناك وقليمينج . (Pasternak, A. & Fleming, M. 1999)

أجرى الباحثان دراسة بعنوان : (إنتشار إضطرابات المقامرة أثناء الرعاية الأولية). وتهدف هذه الدراسة إلى تحديد الاضطرابات المرضية للمقامرين أثناء الرعاية الأولية لهم . وتكونت عينة الدراسة من (١٠٥) من المفحوصين الذين يتناولون المخدرات والعقاقير ويشعرون بالاضطرابات النفسية أثناء العلاج من المقامرة . وقد كان ٨٠٪ منهم من معتادى المقامرة و٦٢٪ يعانون من إضطرابات المقامرة أثناء الرعاية والعلاج، وكان ذلك أكثر انتشاراً بين الذكور. وتم إختيار العينة حسب الصحة والعمر والنوع والمستوى الاجتماعى والاقتصادى . وكان متوسط أعمار العينة من الراشدين، وتم تطبيق مقياس إضطرابات المقامرة وقائمة (ساوث أوكس) لسلوك المقامرة، وكذلك طبقت مقاييس خاصة بإدمان الكحوليات والمارجوانا .

وأوضحت نتائج الدراسة أن السبب فى إضطرابات المقامرة هو كثرة تناول المخدرات وبخاصة المارجوانا، كما أن الاضطرابات التى تحدث للمقامر أثناء العلاج والرعاية الأولية، تتمثل فى الحاجة الماسة للمقامر أن يمارس المقامرة ثانية .

دراسة ويدجورث . (Wedgeworth, R. 1998)

قام (ويد جورث) بدراسة بعنوان (النظرة الواقعية للمقامر المرضى : تحليل علاج المقامر باستخدام النموذج الطبى فى مشكلة المقامرة). وتقوم الدراسة الحالية على إفتراض مؤداه: هل النموذج الطبى لعلاج المقامرة المرضية نموذج وأقعى ويؤدى علاجاً فعلياً؟ وتكونت عينة الدراسة من (١٢) مفحوص من الذكور والإناث الراشدين، الذين تم تشخيصهم على أنهم مصابين بالمقامرة المرضية، وذلك بناء على تصنيف النموذج الطبى لعلاج المقامرة .

وجاءت نتائج الدراسة لتوضح فشل النموذج الطبى فى تصنيف المقامرين، وفشلة أيضاً فى علاجهم، نظراً لأنه ينظر لمشكلة المقامرة نظرة طبية فسيولوجية بعيدة عن جانبها الهام وهو الجانب النفسى والاجتماعى، إلا أن الدراسة أوضحت أن النموذج الطبى قد تظهر فائدته البسيطة فى أنه ينمى بعض جوانب الشخصية أثناء العلاج. ومن خلال مناقشة النتائج أوضح الباحث أن العلاج الطبى يعتمد بقدر كبير على الايحاء، لذلك سرعان ما تجد المقامر وقد حدثت له الانتكاسة. وإذا كان النموذج الطبى ينمى بعض جوانب الشخصية أثناء العلاج إلا أن الانتكاسة تجعل المقامر (متعلم العجز) فلا تكون له رغبة فى العلاج فيما بعد حتى ولو كانت هناك فرصة حقيقية للعلاج .

دراسة لادوسير وآخرون . (Ladouceur, et al. 1998)

قام لادوسير وآخرون بدراسة بعنوان (العلاج المعرفى للمقامرين المرضى) وكان الهدف من هذه الدراسة تقييم مدى فاعلية العلاج المعرفى للمقامرة المرضية . وتكونت عينة الدراسة من (٤) من المقامرين. وتم إستخدام العلاج المعرفى على هذه العينة .

وأوضحت نتائج الدراسة مدى فاعلية العلاج المعرفى مع الأفراد المصابين بالمقامرة المرضية وذلك من خلال تعديل الإدراك لديهم والتحكم فى الإدراك. وأشارت الدراسة إلى أن فاعلية العلاج المعرفى لا تتضح إلا بعد (٦) أشهر من عمليات المتابعة للعلاج . وعلى الرغم من ذلك أوضحت الدراسة أن النتائج الايجابية للعلاج لم تتطابق مع الدليل التشخيصى الإحصائى الرابع، DSM-IV للمقامرة المرضية .

دراسة هولاندر : (Hollander, E. (1998)

أجرى (هولاندر) دراسة بعنوان: (علاج المقامرة المرضية بالفلوفوكسامين قصير الأمد وأحادى البعد) وكان الهدف من هذه الدراسة هو بحث مدى فاعلية عقار (الفلوفوكسامين) فى علاج المقامرة المرضية، خاصة وأن هذا العقار معروف بقدرته على كف أنشطة لها القدرة على إحداث الشعور بالإثارة والاندفاعية، وكذلك قدرته على كف الأنشطة القهرية، بما فى ذلك الوسواس القهرى .

وتكونت عينة الدراسة من (٦٠) مفحوص من المقامرين المرضى، تم وضع (١٠) منهم تحت تأثير عقار (الفلوفوكسامين) لمدة (٨) أسابيع كاملة، وإستخدمت الدراسة مقياس الوسواس القهرى من إعداد (يال براون) .

وأوضحت نتائج الدراسة أن المقامرين الذين ظلوا تحت تأثير العقار لمدة (٨) أسابيع، قد أظهروا تحسناً واضحاً فى الإمتناع عن المقامرة، وأن كثير من الأفعال والأفكار القهرية قد زالت عنهم، واتضح ذلك من خلال درجاتهم الإيجابية المنخفضة على مقياس الوسواس القهرى، هذا على العكس من المقامرين الذين لم يعالجوا بعقار (الفلوفوكسامين) حيث كانت إتجاهتهم إيجابية نحو المقامرة، ولا تزال كل أنشطتهم تتركز حول سلوك المقامرة .

وتوصى الدراسة بعمل مزيد من الدراسات الخاصة بالعلاج بالعقاقير، وتوضيح ما إذا كان للعقار دور فى الإيحاء للمقامر بالعلاج أم لا ؟

دراسة سيليفان وآخرون . (Sylvain, C. et. al. 1997)

أجرى (سيليفان) وآخرون دراسة بعنوان (العلاج المعرفى والسلوكى للمقاومة المرضية: دراسة ذات عوامل مضبوطة). وتهدف هذه الدراسة لبحث مدى فاعلية العلاج المعرفى السلوكى للمقاومة المرضية. وتكونت العينة من (٢٩) من المقامرين الذين تنطبق عليهم خصائص المقامرة كما يوضحها الدليل التشخيصى الإحصائى الثالث المعدل لسنة ١٩٨٧ . وإستخدمت الدراسة المقاييس القبلية والبعدية، أى قبل العلاج المعرفى السلوكى وبعده . وقد إشتمل العلاج على أربع عمليات أساسية هى :

١- التصحيح المعرفى لأخطاء الإدراك الخاصة بالمقاومة .

٢- التدريب على سلوك حل المشكلات .

٣- إكتساب المهارات .

٤- منع الانتكاسة . Relapse prevention

وبعد فترة علاج تراوحت من (٦:١٢) شهر، كان التركيز فيها على التصحيح المعرفى الأخطاء الإدراك الخاصة بالمقاومة . وبعد تحليل البيانات وإجراء التحليلات الإحصائية،

أوضحت نتائج الدراسة مدى فاعلية العلاج المعرفى السلوكى لسلوك المقامرة، وظهر ذلك من خلال المقارنة بين المجموعة التجريبية التى تناولت العلاج، والمجموعة الضابطة التى لم تتعرض للعلاج، حيث إتضح أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية لصالح المجموعة التجريبية، كما أن هناك فروق قبل تطبيق البرنامج العلاجى وبعده .

وأشارت الدراسة إلى أن المقامر عادة ما يكون ذو إدراك غير دقيق، ولا يعى المفاهيم جيداً، ولدية عشوائية مفرطة، تتطور لديه من خلال المعتقدات الخاطئة، حيث يرى المقامر أن لديه قدرة كبيرة للتحكم فى الأشياء والأحداث، وهو اعتقاد وهمى يعرف (بوهم القدرة على التحكم) . ومن خلاله يعتقد المقامر أن كل شئ تحت تصرفه، حتى الأشياء التى تعتمد على الحظ والصدفة، وذلك على الرغم من أن الحظ قد يجانبه فى الكثير من الأوقات، لكنه دائماً يرى أن الحظ والثروة والفوز الكبير لابد وأن يحالفة فى النهاية، وترى الدراسة أن هذه المعتقدات الخاطئة هى التى تجعل المقامرين يستمرون فى المقامرة رغم ما يتعرضون له من خسارة كبيرة.

دراسة قسم الخدمات الانسانية بولاية مينسوتا (DHS. 1997)

قام قسم الخدمات الانسانية بولاية مينسوتا بدراسة عن تقييم البرامج العلاجية التى يقوم بها المقامر المرضى، وتهدف هذه الدراسة لمعرفة مدى فاعلية علاج المقامرة المرضية وما هى أنواع العلاج الملائمة لها؟ وتكونت عينة الدراسة من (١٨٠٠) من المقامرين المرضى من (٦) ولايات من أمريكا. وتم جمع البيانات من عام ١٩٩٢ إلى عام ١٩٩٧. وبعد إجراء التحليل الإحصائى للبيانات عن طريق الانحدار، إتضح النتائج التالية :

١ - ليس هناك برنامج علاجى للمقامرة المرضية أفضل من الآخر، بل إن هناك برامج علاجية تأتى بنتائج إيجابية مع بعض المقامرين دون البعض الآخر.

٢ - من المفضل تناول بعض العقاقير الكيميائية بجانب البرامج العلاجية.

٣ - المقامرين الذين يراهنون بالكثير من الأموال يستمرون فى العلاج، بخلاف الذين يقامرون بمبالغ بسيطة.

٤ - المقامر المرضى ذو الثقافة والتعليم العالى والدخل المرتفع، يكون أكثر ميلاً لتكميل العلاج، وذلك بخلاف المقامر ذوى التعليم والثقافة المنخفضة والدخل البسيط.

٥ - اتضح أن تكملة العلاج تمنع حدوث الانتكاسة، وظهر ذلك بالنسبة لأفراد العينة الذين كانت مدة علاجهم تتراوح ما بين (١٢:٦) شهر.

دراسة هاربا ولى (Harba.j. & Lee, G. 1995)

أجرى الباحثان دراسة بعنوان (المحاور العلاجية: وتفسير الاختلاف فى المقامرة المُشكل)، وكان الهدف من هذه الدراسة تحديد التنوع وإلاختلاف فى المقامرة المُشكل. وتكونت عينة الدراسة من (٢٠٠٠)، من المقامرين المُشكل. وتفترض الدراسة الحالية أن هناك عدة عوامل تؤثر فى علاج المقامرة المُشكل، أهم هذه العوامل ما يعرف بـ (العوامل غير المتغيرة) Imutable variables مثل النوع، والمستوى الاقتصادى الاجتماعى، والتعليم، والدين، ويرى الباحثان أن هذه العوامل رغم أهميتها إلا أن الأهم منها «العوامل المتغيرة Mutable Variables وهى لعب اليانصيب، المراهنات، وانفاق الأموال فى المقامرة، وإدمان الكحوليات ووهم القدرة على التحكم فى المقامرة.

ويركز كثير من الكلينيين على العوامل المتغيرة نظراً لأنها تسمح للمقامر بتبنى اتجاهات وبدائل جديدة قد تبعده عن المقامرة. وأوضحت نتائج الدراسة أهمية العوامل المتغيرة فى علاج المقامرة مثل فريق اللعب، وانفاق الأموال فى اليانصيب، وترى الدراسة أن تفسير الاختلاف فى المقامرة المُشكل من خلال العوامل غير المتغيرة كانت نسبته ١٦٪، أما من حيث العوامل المتغيرة كانت نسبته ١١٪ أى أن تفسير المقامرة المُشكل من خلال العوامل غير المتغيرة يكون إيجابياً وأقرب إلى الصواب، وبناء على ذلك يمكن للباحثين أن يضعوا مجموعة من الاعتبارات الخاصة التى تحدد البرامج العلاجية والوقائية من المقامرة.

دراسة بوجولد. (Bujold, A. & etal. 1994)

قام (بوجولد) وآخرون بدراسة بعنوان (علاج المقامرين المرضى : دراسة تجريبية) ويهدف البحث الحالى لدراسة مدى فاعلية العلاج السلوكى للمقامرة المرضية، والذى يتضمن

التدخلات المعرفية. Cognitive Intervention ، وأسلوب حل المشكلات، ومنع الانتكاسة، وتكونت عينة الدراسة من (ثلاثة) من المقامرين الذين تم وصفهم بمرضى المقامرة طبقاً للدليل التشخيصي الاحصائي الثالث المعدل DSM. III. R. ، وتم استخدام قائمة السلوك المرضى للمقامرين، وإستبيان المقامرة المرضية، وتم عمل القياسات القبلية والبعدية لمعرفة مدى فاعلية العلاج السلوكي.

أوضحت نتائج الدراسة فاعلية العلاج السلوكي للمقامرة المرضية، وظهر ذلك من خلال المقارنة بين الدرجات على المقاييس قبل العلاج وبعده، حيث إنخفضت الدرجة على المقاييس، ومن خلال مناقشة النتائج، أوضح الباحثان أن العلاج السلوكي تتحقق فاعليته لقدرته على تقييم مشكلات المقامرين؛ إلا أنه لا يحقق فاعليته دون إجراء عمليات المتابعة للعلاج، مع التركيز على سلوك حل المشكلات وتعديل أخطاء الإدراك. ويكون ذلك في فترة علاجية تتراوح ما بين (٩:٦) شهور.

دراسة جابورى ولادوسير (Gaboury, A& Ladouceur, R. 1993)

أجرى (جابورى ولادوسير) دراسة بعنوان (تقييم برامج الوقاية من المقامرة المرضية بين المراهقين). وأجريت هذه الدراسة كى تسد النقص فى الدراسات التى تتناول الوقاية من المقامرة، إذ أن هناك تزايد فى أعداد المقامرين المرضيين، فأمريكا الشمالية وحدها تضم ٤٪ من المراهقين المقامرين المرضيين، هذا بجانب من ينرجون تحت المقامرة الشرعية. وكان الهدف من هذه الدراسة تقييم برامج الوقاية من المقامرة المرضية بين المراهقين. وقد وضع الباحثان برنامجاً يتناول المعلومات والفنيات لسلوك المشكلات بالنسبة للمقامرين. وتكونت عينة الدراسة من مجموعتين: مجموعة تجريبية وتشمل (١٣٤) طالب، ومجموعة ضابطة وتشمل (١٥٥) طالب كلهم كانوا من المقامرين المرضيين.

وتكون البرنامج الوقائى من المقامرة المرضية من ثلاث جلسات، كل جلسة تحتوى على معلومات عن المقامرة وسلوكيات المقامر، والمقامرة المرضية، وقائمة من الأسئلة التى تتصل بالمقامر.

وأوضحت نتائج الدراسة أن البرنامج الموضوع كان مفيداً للمجموعة التجريبية التي تناولته، وذلك بالمقارنة بالمجموعة الضابطة التي لم تستخدمه، وكان أثر البرنامج الوقائي واضحاً في (سنة أشهر)، كما إتضح أن البرنامج يساعد الأفراد على إكتساب المهارات الخاصة بسلوك حل المشكلات، وأن تأثير البرنامج لا يكون على المدى القصير فقط، بل البعيد أيضاً.

وفي مناقشة نتائج الدراسة أوضح الباحثان أن المعلومات التي يتناولها المقامر عن المقامرة تسهل لدرجة كبيرة تعديل سلوكيات المقامرة، شريطة أن تعتمد هذه المعلومات على الحوار والنقاش، دون الإلقاء فقط. وأشار الباحثان أيضاً أن برنامج الوقاية من المقامرة لا يكون فعال إلا إذا كان لدى الفرد قدر معين من السلوكيات التمهيديّة التي تبشر بالوقوع في المقامرة، لكن تحديد هذه السلوكيات هو الذي يمثل العقبة أمام برامج الوقاية، فليس هناك إتفاق عام حول نوعية السلوكيات التي تؤدي للمقامرة، وذلك لكثرتها وتنوعها، وكذلك إختلاف هذه السلوكيات من ثقافة لأخرى، حتى أنها تختلف في الثقافات الفرعية، كذلك ترتبط هذه السلوكيات بخصائص الشخصية، والطابع الشخصي لكل فرد. ويتغلب الباحثون على هذه النقطة من خلال إقامة برامجهم العلاجية على أسس نظرية معينة.

دراسة هولاندر وآخرون (Hollander, E. et. al. 1992)

قام هولاندر وآخرون بدراسة بعنوان " علاج المقامرة المرضية بالكومبيبرامين " وتهدف الدراسة الحالية للكشف عن مدى فاعلية بعض العقاقير في علاج المقامرة المرضية وبخاصة عقار الكومبيبرامين، ويرى الباحث وزملاءه أن معظم الطرق العلاجية للمقامرة المرضية تنصب حول العلاج السلوكي والطرق السيكودينامية، إلا أن هذه الطرق تجعل المقامرة المرضية عرضة لانتكاسة من جديد، وذلك لأن المقامرة المرضية إذا كانت تحتوى على جانب سلوكي، إلا أنها تشمل على جانب فسيولوجي أيضاً، وهو ما تتناوله بعض الأساليب العلاجية بالعقاقير.

وتفترض الدراسة الحالية أن علاج المقامرة المرضية عن طريق الكومبيبرامين، يؤدي لتحسن كبير لدى المقامرين، وذلك لأن العقاقير لا تعالج المقامر فحسب، وإنما تعالج أيضاً

إضطرابات المقامرة. وقد تكونت عينة الدراسة من مجموعة من المقامرين المرضيين من بينهم حالة سيدة كانت تمارس المقامرة لمدة (١٢) عاماً، وكانت تعالج بالطرق السلوكية والسيكودينامية دون أن تتحسن حالتها، وتم تقسيم عينة الدراسة لمجموعتين:

١ - مجموعة كانت تعالج بعقار الكلوميبرامين فقط.

٢ - مجموعة كانت تعالج بأساليب علاجية سلوكية و سيكودينامية بجانب تناول عقار الكلوميبرامين.

وأوضحت نتائج الدراسة مدى فاعلية عقار الكلوميبرامين في علاج المقامرة المرضية، وأنه إذا تم العلاج دون وجود هذا العقار، فلن تؤدي الطرق العلاجية المستخدمة لأي تحسن، وأشارت الدراسة إلى أن العلاج يكون فعال ومؤثر بعد (٢٨) أسبوع من العلاج، وتبرهن الدراسة على مدى صحة النتائج بحالة السيدة التي كانت تعالج لمدة (١٢) عاماً من المقامرة المرضية، دون جدوى، إلا أن عقار الكلوميبرامين أدى لعلاجها، وتشير الدراسة في توصياتها، بأنه من المفضل استخدام عقار (الليثيوم) بجانب عقار الكلوميبرامين حتى نضمن نجاح العلاج.

دراسة مكوناى. (Mcconaghy, N. 1988)

قام مكوناى بدراسة بعنوان: (تحديد وتكوين المقامرة المرضية) . ويهدف البحث الحالى لمعرفة أثر العلاج بالكف الخيالى للإحساس (Imaginal desensitization (iD) ، وتهدف الدراسة أيضاً للمقارنة بين هذا النوع من العلاج والعلاجات الأخرى مثل العلاج السلوكى البديل، والعلاج بالتحويل الكهربائي، والاسترخاء الخيالى، والعلاج بالغمر. وتكونت عينة الدراسة من (١٢٠) مقامر، كان من بينهم (٨٥) ظلوا يمارسون المقامرة لمدة (٩:٢) سنوات. وتم عمل الجلسات العلاجية معهم، بجانب إجراء المقابلات الشخصية. واستمرت الجلسات العلاجية (٥) أيام بواقع جلستين فى اليوم الأول، مدة الجلسة من (٢٠:١٥) دقيقة، ثم تزيد هذه الجلسات لتصبح ثلاثة جلسات فى اليوم الثالث.

وتقوم فكرة الكف الخيالى للإحساس، بأن الكف الدائم المستمر للإحساس نحو الأشياء والموضوعات المعينة يساعد الفرد على التحكم فى سلوكياته الاندفاعية، وفى هذه الطريقة يقوم المقامر بوصف أربع مواقف يمارس فيها سلوك المقامرة، ثم يتم التركيز على هذه المواقف ويحاول المعالج أن يعدل فيها، وما أن يتم تغيير هذه المواقف، يشعر المقامر أنه ليس بحاجة لممارسة المقامرة، فيترك كل ما يحيط بموقف المقامرة حتى لا تثير هذه المواقف سلوك المقامرة لديه. وتبدأ عملية العلاج باسترخاء تام لمدة خمس دقائق فى حجرة مظلمة، وفى أثناء ذلك يطلب من المفحوص أن يتخلى عن توتره ويسترخى بعضلاته، ثم يبدأ المعالج فى توضيح أسباب المقامرة لدى الفرد، وما يساعد المعالج على ذلك قدرة المريض على الاسترخاء والتخلى عن القلق.

وأوضحت نتائج الدراسة أن ٧٨٪ من الذين تمت معالجتهم بالكف الخيالى بالإحساس قد توقفوا عن ممارسة سلوك المقامرة، وذلك بالمقارنة بالمقامين الذين تمت علاجهم بأساليب أخرى.

دراسة تابرو وآخرون (Taber, j. et. al. 1987) .

قام تابرو وآخرون بدراسة بعنوان: (متابعة المقامر المرضى بعد العلاج). وتهدف الدراسة الحالية إلى معرفة مدى فاعلية العلاج الجماعى فى علاج المقامرة المرضية، وتكونت عينة الدراسة من (٦٦) مقامر مرضى من الذكور، أعمارهم تتراوح ما بين (٢٤:٧٤) سنة وتم استخدام برنامج (بريكسفىل) للعلاج الجماعى. وأجريت عمليات المتابعة لـ (٥٧) مقامرة من مجموع (٦٦) واستغرقت المتابعة (٦) أشهر، واتضحت النتائج التالية:

أن متوسط ممارسة المقامرة كان لدى عينة المتابعة قبل العلاج ١٥٧ يوم فى الشهر، إنخفض بعد العلاج والمتابعة ليصل إلى (٤٧٤) يوم فى الشهر، مما زاد فى تحكم هؤلاء الأفراد فى المقامرة لديهم، أن تم وضعهم فى مؤسسة (المقامر المجهل) (Gambler anonymous) وقد أدى التحكم فى دفعات المقامرة إلى أن تم السيطرة أيضاً على بعض السلوكيات، مثل إدمان الكحوليات، والقلق، والاكتئاب، الأفكار الانتحارية، وإنخفض الشعور بالذنب وتوبيخ الذات.

دراسة كينيدون وديكرسون. (Kyngdon, A. & Dickerson, M. 1999)

قام كينيدون وديكرسون بدراسة بعنوان: "دراسة تجريبية لتأثير إدمان الكحول على ممارسة المقامرة الكاذبة"، ويهدف البحث الحالى لدراسة العلاقة بين سلوك المقامرة وإدمان الكحوليات، وتكونت عينة الدراسة من مجموعتين : تجريبية وضابطة، وقسموا إلى ذكور وإناث، وتم إختيارهم عشوائياً من الذين إعتادوا على ممارسة المقامرة وإدمان الكحوليات. وتم استخدام بطارية الشخصية، وقائمة الاختيارات المعدلة وقياس المثابرة فى سلوك المقامرة.

وأوضحت نتائج الدراسة أن الفرد قد يعرض نفسه لآثار نفسية سيئة جداً بتناوله الكحوليات وممارسة المقامرة، وعلى الرغم من وضوح العلاقة بين إدمان الكحوليات وسلوك المقامرة إلا أن هذه العلاقة كثيراً ما غابت عن أذهان الباحثين، وتفسر الدراسة سبب ارتباط المقامرة بتناول الكحوليات، أن المقامرين يعتقدون أن الكحوليات تساعدهم على التحكم الذاتى فى المقامرة.

دراسة بلازنسكى (Blaszczynski, A. 1999)

قام بلازنسكى بدراسة بعنوان (المقامرة المرضية وإضطراب الوسواس القهرى) وذلك بهدف إختبار الفرض القائل أن المقامرة المرضية يمكن تصنيفها ضمن إضطراب الوسواس القهرى، وتكونت عينة الدراسة من (٤٠) مفحوص كانوا يعانون من المقامرة المرضية. (مجموعة تجريبية)، و(٤٠) مفحوص لايمارسون المقامرة. مجموعة ضابطة، واستخدمت الدراسة مقياس (بادو) للمقامرة المرضية.

وأوضحت نتائج الدراسة أن المقامرة المرضية ترتبط بالوسواس القهرى، وظهر ذلك من خلال درجات المقامرين المرضين فى الوسواس القهرى، بخلاف المجموعة الضابطة التى لم تمارس سلوك المقامرة. وإتضح من الدراسة أن المصاب بالمقامرة المرضية يفشل فى التحكم فى الأنشطة الفعلية ولديه مستوى مرتفع من الاندفاعية؛ كذلك إتضح أن محتوى الأفكار الوسواسية يرتبط بسلوك المخاطرة.

مناقشة الدراسات السابقة والتعليق عليها

بعد عرض الدراسات السابقة والتي تناولت سلوك المقامرة فى علاقته الدينامية وسلوك المخاطرة والغرائز الجزئية والعلاج النفسى الجماعى، يبقى أن نناقش هذه الدراسات من حيث ما جاء بها من نتائج وطرق منهجية، ونناقش أيضاً أدوات القياس والعينة.

وقد جاءت الدراسات السابقة بمعلومات قيمة فيما يتصل بسلوك المخاطرة والعلاج وبعض الديناميات النفسية للمقامرة والمتمثلة أسباب المقامرة ، ولماذا تنتشر ؟ وطرق التشخيص، وأشهر المقاييس السيكولوجية لقياس سلوك المقامرة ، وبالرغم من ذلك هناك بعض جوانب القصور فى هذه الدراسات ، وهو ما سوف نوضحه .

فيما يتصل بسلوك المخاطر لدى المقامر المرضى، أشارت بعض الدراسات إلى أن سلوك المخاطرة يرتبط ببعض الخصائص الشخصية للمقامر ، مثل القلق والعدوان ، وإضطراب التحكم فى الدفعات ، فالمقامر يخاطر بكثير من الاموال ليتجنب مشاعر القلق ، كما أنه يتخذ من المقامرة وسيلة لتفريغ الشحنة العدوانية على الآخرين، ويؤدى إرتفاع الدرجة فى سلوك المخاطرة إلى عدم رغبة المقامر فى العلاج من المقامرة .

(vitaro, f. et . al, 1999).'

وتشير بعض الدراسات إلى أن سلوك المخاطرة لدى المقامر له أساس فسيولوجى ويمكن القضاء عليه من خلال العقاقير . (ZUCKERMAN, N. & KUHLMAN, D. 2000)، ويرتبط سلوك المخاطرة بوهم القدرة على التحكم illusion of control، فالمقامر يخاطر بكثير من الأموال، لأنه يعتقد فى قدرته على التحكم فى مجريات اللعبة، حتى التى لا تتطلب المهارة وتعتمد على الحظ، إذ يؤمن المقامر بأن التدريب والمهارة يمكن لهما أن يطوعا المقامرة لصالحه، ورغم الخسارة الكبيرة والهزائم المتلاحقة التى يتعرض لها المقامر، فإنه لا يعدل عن المخاطرة. وقد يكون المقامر من الذين لا يتميزون بالمخاطرة فى بداية ممارسة المقامرة، ولكن ما يجعله يخاطر أنه عاش خبرة الفوز الكبير أكثر من مرة فى بداية المقامرة .

(Dixon, M. et. al. 1998)

والمخاطرة لدى المقامر ترتبط بالعديد من الأنشطة، أهمها، السلوك المضاد للمجتمع والمتمثل في إيزاء الآخرين، وتبديد الأموال واختلاس، وتكثر هذه الأفعال في المراهقة . (Buchta, R. 1995) (Stinchfield, R. et. al. 1997). من هنا يتضح لنا أن المقامرة المرضية ترتبط ارتباطاً وثيقاً بسلوك المخاطرة، حتى أن البعض يبالغ في وصف هذه العلاقة فيقرر أن الفرد إن لم يقامر فإنه لن يشعر بسلوك المخاطرة الفعلي في أى نشاط آخر .

(Shaffer, H. & Hall, M. 1996)

وفيما يتعلق بتشخيص المقامرة المرضية، إتضح أن غالبية الدراسات تعتمد على الدليل التشخيصى الاحصائى، الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسى .

(Bujold, A. & et al. 1994) (petry, N. & Armentano, C. 1999)

(Beaudoin, C. & cox, B. 1999)

أما فيما يتعلق بالغرائز الجزئية فى علاقتها بالمقامرة المرضية، أشارت بعض الدراسات إلى أن المقامر مازوخى، لا يبغي إلا الخسارة، وذلك للشعور بالذنب والرغبة فى التكفير عن علاقته السيئة بوالديه فى الطفولة (Moran, E. 1995). وأشارت دراسات أخرى عن علاقة السادية والمازوخية بالمقامرة المرضية من ناحية، وعلاقة المازوخية بسلوك المخاطرة، فالسادية تؤدى للمازوخية وكذلك المازوخية تؤدى للسادية لدى المقامر المرضى، وكأن المقامرة المرضية فى علاقتها بالغرائز الجزئية فيما يتصل بالسادية والمازوخية - لا تستطيع أن تسقر على حالة واحدة .

ومن ناحية أخرى ترتبط المقامرة المرضية بسلوك المخاطرة والمازوخية، حيث يشير بعض الباحثين إلى أن سلوك المخاطرة والمازوخية وجهان لشئ واحد، فكلاهما له نفس الخصائص والآثار من حيث ما يؤدى إليه من ضغوط وآلام للذات لا تمثل للمقامر جانباً سلبياً، بل هى كل ما يتمناه . (Russo, A. 1987) لذا قلنا أن المقامر يبحث عن مشكلة لكل حل وليس حل لكل مشكلة !

وأشارت بعض الدراسات إلى إرتباطا المازوخية لدى المقامر المرضى بالشعور بالذنب، وأنه كلما كثرت الاحباطات واضطربت الحياة الأسرية والاجتماعية، كلما إرتفعت الدرجة على المازوخية، وأصبح الفرد غديم القدرة على الابتعاد عن المقامرة كذلك تصبح هناك الكثير من الأنشطة التي يريد المقامر القيام بها، لكن المقامرة تحول دون ذلك، مما يؤدي لإرتفاع معدلات المازوخية .

(Dielmant, T. 1996, p.1)

وفي الدراسات التي تناولت الغرائز الجزئية بشقيها (السادية والمازوخية) كأحد أبعاد الشخصية، اتضح أن علاقة المقامرة بها علاقة سبب ونتيجة، بمعنى أن المقامرة المرضية هي السبب في السادية والمازوخية، وذلك لأن هذين البعدين من أهم أدوات سلوك المقامرة، إذ لابد من أن تكون سادى ومازوخى لكي تكون مقامراً، وتتضح السادية في حالة الانتصار على الخصم وتحقيق نوعاً من تأكيد الذات، ولا يلبث أن يزول ذلك في حالة الهزيمة ويتحول إلى مازوخية. (Bell, B. 1993, p.1)

وفيما يتصل بعلاج المقامرة المرضية تتضارب نتائج الدراسات فيما بينها، بين مؤيد لفكرة أن لا علاج للمقامر، وبين معارض لذلك، يرى صعوبة العلاج، وبين هذا وذاك نجد فريقاً ثالثاً يرى أن صعوبة العلاج وعدم جدواه ترجع لإستخدام بعض الأساليب الخاطئة التي تنظر للمقامرة على أنها ظاهرة جسمية يمكن أن نتناولها بالعقاقير. فقد أوضحت بعض الدراسات أن علاج المقامرة عن طريق العقاقير والنماذج الطبية، علاج غير مفيد، فالمقامرة ليست ظاهرة فسيولوجية أو بيولوجية، بل هي نفسية المنشأ .

(Wedgeworth, R. 1998, p.5)

فعلاج المقامرة بعقاقير مثل «الكوميزامين والفلوفو كسامين والليثيوم، كلها علاجات لا تفيد في شئ، كذلك هناك طرق علاجية خاطئة مثل العلاج الأسرى والعلاج الزواجى، مثل هذه الطرق إذا قدر لها النجاح، فإن نسبة العلاج تصل إلى (٨٪) مع إحتمال كبير للإنتكاسة للمقامرة بعد شهور عديدة. وعلى الجانب الآخر توجد علاجات ذات فاعلية عالية من قبيل العلاج

الجماعى باستثناء طريق العلاج الزوجى (أحد أنواع العلاج الجماعى)، بجانب أنواع العلاجات التى تركز على البناء المعرفى وطرق حل المشكلات، والتدريب على المهارات الاجتماعية، وتعديل أخطاء الإدراك.

(Petry, N. & Armentano, C. 1999, p.1021)

وتشير بعض الدراسات إلى أن علاج المقامرة لا يكون فعالاً إلا من خلال فترة علاجية لا تقل عن ستة أشهر أو تسعة أشهر . (Bujold, A. & et. al. 1994, 275)

وهناك دراسات تهتم بالبناء المعرفى للمقامر، وأن العملية العلاجية لابد وأن تشمل على التصحيح المعرفى لأخطاء الإدراك، والتدريب على سلوك حل المشكلات، والقضاء على عشوائية الوعى لدى المقامر. (Sylvain, C. et al. 1997) وبعض الدراسات تحدد العملية العلاجية فى متغيرين: (عوامل متغيرة) وهى: المراهقة، وإنفاق المزيد من الأموال فى المقامرة، وإدمان الكحوليات، ووهم القدرة على التحكم .

أما العوامل غير المتغيرة هى: الدين، النوع، المستوى الاجتماعى والاقتصادى وتقوم العملية العلاجية على تناول العوامل المتغيرة لعلاج المقامرة المرضية، فضبط عمليات المراهنة، وتعديل الفكر الخاص بوهم القدرة على التحكم، يؤدى إلى القضاء على المقامرة .

(Harba, j. & Lee, G. 1995)

وتشير بعض الدراسات إلى أن علاج المقامرة المرضية لا يحدث بصورة كلية، وإنما من خلال تناول الأعراض، وبخاصة عرض «وهم القدرة على التحكم» ويكون ذلك من خلال موقف تجريبى أثناء ممارسة المقامرة وليس أثناء الجلسة العلاجية . (Dixon, M. 2000)

وفيما يتصل بالبرامج العلاجية للمقامرة المرضية، أشارت بعض الدراسات إلى أنه لا يوجد برنامج علاجى واحد يصلح لتناول كل المقامرين، وأن هناك برامج علاجية تصلح لبعض المقامرين ولا تصلح للبعض الآخر. كذلك فإن المقامرين يختلفون فيما بينهم من حيث متابعة العلاج والاستمرار فيه، وذلك حسب المستوى الثقافى والتعليمى والاقتصادى، فعملية المتابعة من العوامل المهمة فى منع الانتكاسة للمقامرة . (DHS. 1997)

أوضحت الدراسات السابقة أن هناك بعض المحكات، نستطيع من خلالها الحكم على المقامرة بأنها مقامرة مرضية، وتشمل هذه المحكات ما يلي :

- ١- كثرة عدد المرات التي يقامر فيها الفرد .
- ٢- تنوع أساليب المراهنة، وعدم الاقتصار على لعبة واحدة .
- ٣- كمية كبيرة من الأموال تخصص للمقامرة .
- ٤- قضاء معظم الوقت في ممارسة المقامرة .
- ٥- الفشل المتكرر في الإمتناع عن المقامرة، رغم إدراك سلبياتها .

ورغم أن المقامرة تزداد بين الذكور دون الإناث، إلا أن آثارها السلبية واحدة على كلاهما، (Harba, J. & Lee, G. 1996, p.105)

ومن ناحية إنتشار المقامرة في المجتمعات الغربية، توضح الدراسات السابقة أن السبب يكمن في العديد من العوامل، هي :

- ١- كثير من المقامرين ينظرون لسلوك المقامرة على أنه سلوك سوى أو جاذبية خاصة، وليس سلوكاً مرضياً .
- ٢- المقامرة بالنسبة للكثيرين، المهرب الأساسي للضغوط النفسية، واضطرابات المزاج .
- ٣- المقامرة تهئ للمقامرين ما يفقدونه من علاقات إجتماعية .
- ٤- البيئة تساعد على إنتشار المقامرة، حيث كثرة التراخيص التي تمنحها الدولة لنوادي القمار.

(Wallisch, L. 1998, p.4094) (Beaudoin, C. & Cox, B. 1999, p.483)

(Bujold, A. & et. al. 1994, p.276)

وعلى الرغم مما جاءت بالدراسات السابقة من معلومات قيمة، ونتائج فسرت الظاهرة تفسيراً علمياً صحيحاً، إلا أن هناك بعض النقاط التقييمية، التي لابد أن نوضحها، والتي لا

تقف فقط عند حد النقد، بل تشتمل أيضاً على توضيح جوانب القوة فى هذه الدراسات ، وذلك من خلال الجوانب المنهجية والتطبيقية، الخاصة بالمنهج المستخدم، والعينة، والأدوات والنتائج .

فمن حيث المنهج: نجد أن جميع الدراسات إستخدمت خطوات المنهج العلمى من حيث الضبط والتقنين لإجراءات الدراسة، إلا أن المنهج العلمى المتبع يمكن أن نوصفه بأنه منهج (أحادى الجانب) يشمل على طريقة واحدة، وهى الطريقة التجريبية، فليس هناك دراسة واحدة إستخدمت المنهج الكلىنىكى، أو المنهجين معاً (الكلىنىكى والتجريبى) حيث لغة الكم والكيف، حيث لغة الكم التى تستخدم الإحصاء المتمثلة فى المتوسطات والانحرافات المعيارية واختبارات الدلالة، ولغة الكيف متمثلة فى المقابلة الكلىنىكية، والإختبارات الاسقاطية وتفسير النتائج فى ضوء نظرية التحليل النفسى وسبرأغور اللاشعور، ولكن كانت كل الدراسات تجريبية تهتم بقياس الشعور وإهمال اللاشعور، لذا نحاول فى هذه الدراسة إن لا نركز على منهج بعينة، سواء كان تجريبياً أم كلىنىكياً، وإنما نود أن نجمع بين المنهجين : (التجريبى والكلىنىكى) الذان يؤلفان معاً حالتين متتابعيتين فى التطور المنهجى لعلم النفس (صلاح مخيمر، ١٩٦٩، ١٧) .

فالأتجاه الكلىنىكى يتيح، بصورة معينة، تناول مشكلات يقف أمامها المنهج التجريبى عاجزاً، كما يقف أمامها العالم النفسى قادراً أكثر منه عارفاً، أما على الصعيد النظرى فإن الفرضيات (الدينامية) التى يستخدمها المنهج الكلىنىكى، أدت فى بعض الحالات إلى أعمال تجريبية «لا سيما قبل كيرت ليفين ومدرسته» . (موريس روكلىن، ١٩٨٣، ١٣) وهذا ما أسماه (دانيل لاجاش) بالنزعة الكلىنىكية المسلحة: «حيث أنه ليستوى أن نقول أن كل ممارس سيكولوجى ينبغى أن يكون كلىنىكياً، أو أن يكون باحثاً وليس مجرد إنسان ميكانيكى، (دانيل لاجاش، ١٩٨٩، ٣١) إذن نحن بحاجة إلى منهج كلىنىكى بأنواتة الكلىنىكية التى أصبحت تتميز الآن بدرجة عالية من الدقة من حيث الصدق والثبات.

(Albert, R. Mary, H. 1960, p.2)

وفيما يتصل بالعينات، فقد جاءت معظم الدراسات بعينات كبيرة وكافية، مما يجعلنا على ثقة من النتائج، ويمكننا من القابلية للتعميم، (Volberg, R. et al. 1997)

(Stinchfield, R. et al. 1997) (volberg , R. et al. 1998)

ومع ذلك كان هناك القليل من الدراسات لم يتجاوز عيناتها (٥) أو (٤) من المقامرين (Dixon, M. et .al. 1998) (Ladouceur, R et .al. 1998) . كما أن هناك دراسات لم تحدد عدد العينة، واكتفت فقط بوصفها، ودراسات أخرى أخذت عيناتها من مكان واحد، مما يقلل من مدى تمثيل العينة، فإذا كان حجم العينة قليلاً، وإقتصار على قطاع محدود من المجتمع، كان هناك شكوك في تعميم النتائج . (فان دالن، ١٩٩٤، ١١٥)

وفيما يتصل بالادوات المستخدمة في الدراسات، إتضح أن أكثر الادوات شيوعاً لقياس المقامرة المرضية هما مقياس : المقامرة المرضية لمؤسسة «المقامر المجهول» ومقياس (ساوث أوكس) . ورغم أن الكثير من الدراسات إستخدمت أكثر من أداة، إلا أن القليل منها إستخدم أداة واحدة فقط، بل إن هناك دراسات إعتمدت فقط على تحليل بيانات المقابلة في إستخراج النتائج، مما يؤثر على صدق وثبات النتائج، فلكي تكون النتائج على جانب كبير من الثبات والصدق، لابد للباحث من إستخدام أكثر من أداة. (Anastasi, A. 1995, p.156)

وقد إتفقت هذه الدراسات في العديد من النقاط، وإختلفت في أخرى، مما دعى الباحث لمحاولة الوقوف على نقاط محددة لتلك التناقضات، وتلافى نقاط الضعف في المنهج والعينة والأدوات، مما كان له الأثر في قيام الدراسة، أخذين في الاعتبار كل السلبيات سالفة الذكر، نحو إستخدام أحدث المناهج المستخدمة في علم النفس، وهو الجمع بين المنهجين التجريبي والكلينيكي لتتعرف على المقامر من جانبية : الشعوري واللاشعوري.

الفصل الرابع

إجراءات الدراسة

- الدراسة الاستطلاعية
- فروض الدراسة
- منهج الدراسة
- خطوات إجراء الدراسة
- عينة الدراسة
- الأدوات
- المعالجة الإحصائية

الفصل الرابع

إجراءات الدراسة

- الدراسة الاستطلاعية
- فروض الدراسة
- منهج الدراسة
- خطوات إجراء الدراسة
- عينة الدراسة
- الأدوات
- المعالجة الإحصائية

الدراسة الاستطلاعية:

يرى الباحث أن الدراسة الاستطلاعية هي طريقة علمية مقننة وفق شروط مضبوطة ومحكمة، تمكن الباحث من تكوين قدر كبير من الأفكار والمعلومات عن طبيعة الظاهرة موضوع البحث، فمن خلالها يستطيع الباحث تحديد أهم المتغيرات التي تؤثر في الظاهر وكذلك العوامل التي تتأثر بها، فهي بذلك تساعد الباحث على الاحاطة بالجوانب الهامة للظاهرة.

وقد أدت الدراسة الاستطلاعية إلى تكوين قدر كبير من الافكار العلمية عن المقامرة والديناميات النفسية للمقامر، والبنية السيكولوجية للمقامر، وكذلك تباين أشكال المقامرة، والطابع الغريب والشاذ للمقامرين، ومدى أهمية المقامرة للمقامر. كما ألقت الدراسة الاستطلاعية الضوء على البنية الاجتماعية والثقافية وطبيعة البناء الفوقى والتحتى للمقامر.

وأهم ما أوضحت الدراسة الاستطلاعية «عالمية المقامرة» Worldwide gambling والمقصود بذلك ليس فقط إنتشار المقامرة فى كل المجتمعات، بل وحدة البنية السيكولوجية للمقامر أيضاً، وإتضح ذلك من تحديد أهم المتغيرات التي تؤثر وتتأثر بها المقامرة، وتشمل سلوك المخاطرة Risk- Taking والفرائز الجزئية بأبعادها الأربعة: المازوخية والسادية، النظرية والاستعراضية، وبخاصة المازوخية والسادية، هذا بالاضافة للعديد من الديناميات النفسية للمقامر مثل: وهم القدرة على التحكم فى الاشياء illusion of control، وإضطراب البناء المعرفى، والاكتئاب والشعور بالذنب والتناقض الوجدانى، وانخفاض تقدير الذات، وتحدى الأقدار.

أهداف الدراسة الاستطلاعية:

تهدف الدراسة الاستطلاعية لتحديد مدى أهمية الموضوع للدراسة التى سوف يقوم بها الباحث، وبخاصة فيما يتعلق بالمجال التطبيقى الذى تقدم الدراسة بمناقشته، والخاص بالديناميات النفسية للمقامر كما تتبدى فى العلاج الجمعى.

فالتعرض للديناميات النفسية للمقامر يقودنا إلى كثير من المتغيرات النفسية، التى طالما إشتد فيها الجدل ولم يحسم فيها النقاش، خاصة فى متغيرات مثل سلوك المخاطرة والفرائز

الجزئية، هذا بالاضافة إلى أن دراسة المقامرة دراسة علمية تجعلنا نصح النظرة للمقامرة بأنها مرض (أكثر منها جريمة)، وأنه يجب تناولها من منظور سيكولوجى يبرز الطابع الدينامى الذى لا يقف عند حد الرصد فقط، بل الفهم والتفسير، من خلال منهج علمى يعتمد على الكم والكيف.

ومن خلال ذلك يتم التأكد تطبيقاً من نتائج البحوث والأطر النظرية المختلفة حول الديناميات النفسية للمقامر، ولا يقف الأمر عند ذلك فقط، بل إن الدراسة الاستطلاعية تحدد أهم المتغيرات النفسية التى تؤثر فى الظاهرة وأدوات قياسها.

عينة الدراسة الاستطلاعية:

تكونت عينة الدراسة الاستطلاعية من (٢٠) مقامراً، وقد تم إختيارهم إختياراً عشوائياً، إتضح منه تنوع العوامل الديموغرافية Demographical factors وذلك من حيث، السن، المستوى التعليمى، وتباين مدة المقامرة من حيث طول المدة أو قصرها، وكذلك تنوع المستوى الاجتماعى الاقتصادى، والحالة الاجتماعية والمبالغ المقامر بها.

وقد تم تحديد هذه العوامل نظراً لأهميتها والدور الذى تلعبه فى تحديد نوعية المقامرة ومستوياتها، من حيث أنها مقامرة من المستوى الأول أو الثانى أو الثالث، هذا بالاضافة إلى أن أغلب الاطر النظرية والدراسات السابقة حددت هذه العوامل كأساس يعتمد عليه فى إختيار عينات المقامرة، كما أن هذه العوامل تؤثر لدرجة كبيرة فى تحديد ديناميات المقامرة.

وتتحدد خصائص العينة الاستطلاعية من خلال العوامل الديموجرافية المذكورة كما يلى:

جدول (١) يوضح خصائص العينة الاستطلاعية للمقامرين
من حيث (السن)

ك	ف
١	١٨ - ٢٠
٣	٢١ - ٢٣
٢	٢٤ - ٢٦
٢	٢٧ - ٢٩
٦	٣٠ - ٣٢
١	٣٣ - ٣٥
٢	٣٦ - ٣٨
٣	٣٩ - ٤١
٢٠	مجموع

يوضح الجدول السابق تركيز العينة الاستطلاعية في المرحلة من (٣٠:٣٢) سنة حيث بلغ حجم العينة الاستطلاعية (٦) من المقامرين. أما باقي المراحل العمرية للمقامرين يتراوح عددهم ما بين (١:٣)، وذلك في المرحلة العمرية من (١٨:٢٩) سنة، وكذلك في المرحلة العمرية من (٣٣:٤٠)، وتتفق خصائص العينة الاستطلاعية من حيث السن، مع خصائص العينة الأساسية للدراسة.

جدول (٢) يوضح خصائص العينة الاستطلاعية
للمقامرين من حيث (المستوى الثقافى التعليمى)

ك	ف
٤	ليسانس آداب
٢	معهد تجارى
٢	أمى (لا يقرأ ويكتب)
٥	بكالوريوس حقوق
٢	دبلوم
٢	حرفى
٣	تاجر
٢٠	مجموع

يتضح من الجدول السابق تنوع المستوى الثقافى التعليمى للعينة الاستطلاعية ما بين أمى لا يقرأ ويكتب إلى المرحلة الجامعية، ويلاحظ كثرة المقامرين كلما ارتفع المستوى التعليمى، حيث تركزت العينة الاستطلاعية فى الكليات عن باقى المستويات الثقافية التعليمية، حيث حصلت كلية الحقوق بمفردها على (٥) تكرارات، وهى أعلى التكرارات، يليها كلية الآداب (٤) تكرارات ثم فئة التجار (٣) تكرارات، على حين كانت تكرارات الأميين وخريجي المعاهد (٢) لكل منهم، وتنوع المستوى التعليمى للعينة الاستطلاعية يفيد بالخروج بنتائج إيجابية دالة وموثق فيها، وتساعد الباحث فى الدراسة الأساسية.

جدول (٣) يوضح خصائص العينة الاستطلاعية
للمقامرين من حيث (طول مدة المقامرة)

ك	ف
٢	١ - ٢
٢	٣ - ٤
٣	٥ - ٦
١	٧ - ٨
٩	٩ - ١٠
١	١١ - ١٢
١	١٣ - ١٤
١	١٥ - ١٦
٢٠	مجموع

يتضح من الجدول السابق أن نسبة كبيرة من المقامرين في العينة الاستطلاعية، كانوا يمارسون المقامرة لفترات طويلة، حيث كان هناك (٩) من المقامرين يمارسون المقامرة من (٩ : ١٠) سنوات، ومن (١ : ٢) سنة (٢) من المقامرين، ومن (٣ : ٤) سنوات، (٢) من المقامرين، ومن (٥ : ٦) سنوات، (٣) من المقامرين، ومن (٧ : ٨) سنوات (١) مقامر واحد. وإنخفض عدد المقامرين الذين تخطوا عشر سنوات حيث وصل عددهم ثلاث مقامرين (٣) مقسمين على السنوات من (١١ : ١٢) و (١٣ : ١٤) و (١٥ : ١٦) سنة.

جدول (٤) يوضح خصائص العينة الاستطلاعية للمقامرين
من حيث (طول فترات المقامرة يومياً)

ك	ف
٢	١ - ٢
٢	٣ - ٤
٣	٥ - ٦
٣	٧ - ٨
٩	٩ - ١٠
١	١١ - ١٢
٢٠	مجموع

يشير الجدول السابق إلى أن غالبية المقامرين في العينة الاستطلاعية يمارسون المقامرة لفترات طويلة يومياً، حيث وصل عدد المقامرين الذين يمارسون المقامرة يومياً من (٩ : ١٠) ساعات إلى (٩) مقامرين، ومن (٥ : ٦) ساعات (٣) من المقامرين، ومن (٧ : ٨) ساعات، (٣) من المقامرين، ومن (١ : ٢) و (٣ : ٤) ساعات يومياً (٢) من المقامرين، أما من (١١ : ١٢) ساعة يومياً كان هناك مقامر واحد فقط.

جدول (٥) يوضح خصائص العينة الاستطلاعية للمقامرين
من حيث (متوسط المبالغ المقامرها يومياً)

ك	ف
١	٢٠ - ٢٥
١	٣٠ - ٣٥
١	٤٠ - ٤٥
٢	٥٠ - ٥٥
٢	٦٠ - ٦٥
٤	٧٠ - ٧٥
٨	٨٠ - ٨٥
١	٩٠ - ٩٥
٢٠	المجموع

يتضح من الجدول السابق أن غالبية المقامرين من العينة الاستطلاعية يقامرون بمبالغ كبيرة يومياً حيث كان هناك (٨) من المقامرين يراهنون يومياً بمبالغ تتراوح من (٨٠ : ٨٥) جنيه ومن (٧٥ : ٧٠) جنيه (٤) من المقامرين، ومن (٥٥ : ٥٠) و (٦٥ : ٦٠) جنيه (٢) من المقامرين ومقامر واحد (١) لكلاً من (٢٥ : ٢٠) و (٣٥ : ٣٠) و (٤٥ : ٤٠) و (٩٥ : ٩٠) جنيه.

وقد تم إختيار العينة الإستطلاعية للمقامرين ، إختياراً عشوائياً مع مراعاة أن تتوفر فيهم عدة عوامل أهمها: أن يكونوا من الذكور خريجي الجامعة، ممن تتراوح أعمارهم ما بين (١٨ : ٤٠) سنة، والذين يقضون أوقات كثيرة فى ممارسة المقامرة، سواء على المدار اليومي أو على المدار العمرى، والذين يراهنون بالكثير من الأموال.

وقد إختار الباحث هذه العوامل الديموغرافية لأنها العوامل الأكثر أهمية فى الظاهرة، كما أنها عوامل فارقة، تحدد مستويات المقامرة ودرجاتها، فيلعب «السن» دوراً كبيراً فى تحديد المقامرة المرضية، إذ تشير كثير من الدراسات إلى أن المقامرة - وخاصة المرضية - تنتشر فى المرحلة العمرية من (٢٥ : ٣٠) سنة، وهذا ما إتضح من خلال المستويات العمرية فى الدراسة الاستطلاعية، وكذلك يؤثر المستوى التعليمى على المقامرة، حيث تنتشر المقامرة المرضية بين خريجي الجامعة، وإذ تشير المبالغ الكثيرة المستخدمة فى المقامرة، بالإضافة إلى طول مدة المقامرة على المدار اليومي، أو العمرى - فإنها تشير إلى المقامرة المرضية، وهذا ما إتضح من خلال الخصائص الديموغرافية للعينة الاستطلاعية، حيث كان المقامرون يقضون كثير من الأوقات فى المقامرة، وصلت يومياً إلى (٩) ساعات، كما كان أغلب المقامرين يمارسون المقامرة لمدة تتراوح ما بين (٩ : ١٠) سنوات، وبلغ حجم المبالغ المراهن عليها إلى (٨٠ : ٨٥) جنيه يومياً، وذلك لدى غالبية افراد العينة، إلا أن كل هذه المتغيرات الديموغرافية يؤدي إختلافها الى التمثيل للعينة اكثر مما يؤدي لاختاء العينة، حيث أن خطأ العينة الناتج عنها بسيط جداً ولا يؤثر فى النتائج وهو ما أشارت له الدراسات السابقة، وذلك باستثناء السن والمستوى الاجتماعى والاقتصادى وحجم الاسرة .

الأداة المستخدمة فى الدراسة الاستطلاعية :

إستخدام الباحث أسلوب المقابلة المفتوحة غير المقننة، لما تتصف به من مميزات تسهل العمل مع المفحوصين موضوع الدراسة، حيث المرونة التامة، وإضافة أسئلة جديدة، وترتيب الموضوعات محل السؤال تبعاً لطبيعة كل مفحوص ، وتبعاً لسياق الحديث معه، مما يساعد علي تشجيع المقامرين على الصدق فى الاستجابة، وإمكانية التطبيق على حالات فردية معهم وفى ظروف مختلفة.

كما أن فى هذا النوع من المقابلة يستطيع الباحث أن يشرح الاسئلة الغامضة، بجانب إعادة صياغة بعض الاسئلة التى تصعب على المفحوصين، كما أن المقابلة باعتبارها حوار قائم بين فاحص ومفحوصين، قد تمكن الباحث من إستخلاص بعض الأفكار التى يخفيها المفحوصين حيث ضرورة الإمساك بالقاع اللاشعورى، من أجل الفطنة إلى حتمية الذاتية، إقتراباً من الموضوعية، إن كانت كذلك. (حسين سعد الدين، ١٩٩٨ ، ١٤).

وكانت المقابلة المفتوحة مع عينة الدراسة الاستطلاعية من المقامرين عبارة عن مجموعة من الاسئلة ذات الطابع الحوارى، وقد أشار العديد من الباحثين فى دراسات المقامرة المرضية إلى أهمية هذه الاسئلة، خاصة فى الدراسة الاستطلاعية. وتشير هذه الاسئلة إلى سلوك المقامرة المرضية، بجانب سلوك المخاطرة لدى المقامرين، هذا بالإضافة إلى إحتواء الاسئلة على العديد من الديناميات النفسية للمقامر المرضى مثل : الاكتئاب، والجوانب الاقتصادية وأثرها على المقامرة، والشعور بالفوز والخسارة، والاضطرابات الأسرية، والسلوكيات المضادة للمجتمع، والمازوخية، والبحث عن الاثارة، والتوتر والقلق، والاحساس بالذنب، وإنفاق كثير من الأموال فى المقامرة، وهل المقامرة لدى المقامرين نوع من الهرب؟ وتشير هذه الاسئلة إلى ما يلى :

- ١ - هل تفقد كثير من الوقت بسبب المقامرة؟
- ٢ - هل أدت المقامرة لشعورك بعدم السعادة الأسرية؟
- ٣ - هل تقامر من أجل الحصول على المال لحل مشاكلك الاقتصادية؟
- ٤ - هل تعود للعب ثانية بعد الخسارة مباشرة؟
- ٥ - هل يكون لديك دافع كبير للمقامرة بعد الفوز؟
- ٦ - هل تقامر حتى آخر نقود معك؟
- ٧ - هل تقترض الأموال لتقامر بها؟
- ٨ - هل أدت المقامرة لأن تهمل نفسك وأسرتك؟
- ٩ - هل قمت بارتكاب أعمال غير شرعية من أجل أن تقامر؟
- ١٠ - هل ترى أن تدميرك لذاتك نتج عن المقامرة .
- ١١ - هل تقامر من أجل تحقيق الاثارة؟
- ١٢ - هل أنت مشغول دائماً بالمقامرة؟

١٣- هل تشعر بالقلق والتوتر لحظة التوقف عن المقامرة

١٤- هل تقامر لشعورك بالذنب؟

١٥- هل تقامر للهروب من الأحساس باليأس؟

١٦- هل فقدت علاقات هامة بالنسبة لك بسبب المقامرة؟

(ACCG, 2000) (young, K, 1998)

وأشارت هذه المحاور من الاسئلة إلى أن المقامرة ظاهرة أقل ما يمكن أن توصف به أنها «مرض قاتل، وعدو مدمر» ولكنها أكثر من ذلك بكثير، فإذا كان عدوك يقتلك مرة واحدة فقط، فإن المقامرة تقتلك ألف مرة!

فالمقامرة قهر وإذلال وعود على بدء في الخسارة والخسارة، حتى آخر ما لدى المقامر من وقت ومال، فتضطرب الحياة بأكملها، اقتصاديا، وأسريرا، ونفسيا. فيشعر المقامر بالتوتر والقلق، والإحساس المفرط بالذنب، واليأس والاكئاب فيهمل الفرد ذاته ويفقد علاقته بالآخرين ويقوم بأعمال مضادة للمجتمع ومضادة لذاته من قبيل السرقة والاختلاس والاحساس بعدم الإنتماء، وفوق هذا كله قد يخاطر المقامر للهروب من هذه الاحساسات وللقضاء على ما يشعر به من مشكلات فتزداد مشاكله وتضطرب دينامياته النفسية.

وأوضحت المقابلة المفتوحة على العينة الاستطلاعية للمقامرين، أهمية متغيرات الدراسة والخاصة بسلوك المخاطرة والغرائز الجزئية لدى المقامرين، وظهور ذلك واضحا من خلال الاسئلة المطروحة على المقامرين واستجاباتهم مما جعل الباحث يقوم بإجراء تجربة استطلاعية من خلال تطبيق مقاييس الدراسة والخاصة بسلوك المخاطرة والمقامرة المرضية، والغرائز الجزئية، وذلك للتأكد من سلامة هذه الاختبارات من حيث الثبات والصدق ومدي ملائمتها على المقامرين.

وأوضحت إستجابات المقامرين على هذه الاختبارات، قدرة الاختبارات على قياس متغيرات الدراسة موضوع البحث وملائمتها للعينة موضوع الدراسة، وقدرتها على التمييز بين المقامرين وغير المقامرين، مما حدا بالباحث للإطمئنان لمتغيرات الدراسة، وفرض الفروض التجريبية والكلينيكية لإجراء الدراسة الاساسية للبحث.

فروض الدراسة:

بعد الاطلاع على الإطار النظري والدراسات السابقة يفترض الباحث الفروض التالية:

أولاً: فروض الدراسة التجريبية:

١ - توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المقامرين وغير المقامرين على مقياس سلوك المخاطرة في اتجاه ارتفاع سلوك المخاطرة لدى المقامرين.

٢ - توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المقامرين وغير المقامرين على مقياس الدفعات الغريزية الجزئية في اتجاه ارتفاع الدفعات الغريزية الجزئية لدى المقامرين، وينقسم هذا الفرض لأربع فروض فرعية تتمثل فيما يلي :

أ - توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المقامرين وغير المقامرين على بُعد النظارية في اتجاه ارتفاع النظارية لدى المقامرين.

ب - توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المقامرين وغير المقامرين على بُعد الاستعراضية في اتجاه ارتفاع الاستعراضية لدى المقامرين.

ج - توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المقامرين وغير المقامرين على بُعد السادية، في اتجاه ارتفاع السادية لدى المقامرين.

د - توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المقامرين وغير المقامرين على بُعد السادية في اتجاه ارتفاع السادية لدى المقامرين.

هـ - توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المقامرين وغير المقامرين على بُعد المازوخية، في اتجاه ارتفاع المازوخية لدى المقامرين.

٣- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المقامرين قبل وبعد العلاج الجماعي، بأسلوب جماعات الحوار بالنسبة لسلوك المخاطرة، في اتجاه انخفاض سلوك المخاطرة للجماعة العلاجية.

٤ - توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المقامرين وغير المقامرين قبل وبعد العلاج الجماعى بأسلوب جماعات الحوار، بالنسبة للدفعات الغرزية الجزئية، فى إتجاه إنخفاض الدفعات الغرزية الجزئية للجماعة العلاجية.

وينقسم الفرض الرابع إلى أربع فروض فرعية:

أ - توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المقامرين قبل وبعد العلاج الجماعى بأسلوب جماعات الحوار، بالنسبة لبُعد النظرية، فى إتجاه إنخفاض النظرية للجماعة العلاجية.

ب - توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المقامرين قبل وبعد العلاج الجماعى بأسلوب جماعات الحوار، بالنسبة لبُعد الإستعراضية، فى إتجاه إنخفاض الإستعراضية للجماعة العلاجية.

ج - توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المقامرين قبل وبعد العلاج الجماعى بأسلوب جماعات الحوار بالنسبة لبُعد السادية فى إتجاه إنخفاض السادية للجماعة العلاجية.

د - توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المقامرين قبل وبعد العلاج الجماعى بأسلوب جماعات الحوار بالنسبة لبُعد المازوخية فى اتجاه إنخفاض المازوخية للجماعة العلاجية.

منهج الدراسة :

يري الباحث أن المنهج السليم هو الذي يثير في ذهن الباحث ثلاثة أسئلة، لماذا يبحث : وما معني أن يبحث؟ وهل تستحق دراسته أن يبحث؟ ولا يتحقق ذلك إلا من خلال منهج علمي سليم يقاوم دعوى (العبث الفكري) وسم المعرفة الخيالية وينظر للموضوعية بأنها الفطنة إلي حتمية الذاتية، أما وإن كان الباحث من مستخدمي المناهج الخاطئة القاصرة، فهذا ليس معناه (الفشل) وإنما الطريق إلي كثير من الفشل! فيبدو كل مايفرضه خطأ وكل مايستنتجه وهماً، فتصبح الموضوعية حلم، والفشل حقيقة، وحتمية الذاتية المطلقة واقعاً، فان كان ولا بد أن تأتي الأخطاء في الابحاث العلمية، فويل لمن يأتي الخطأ من جانب منهجه! فالمنهج الفاشل هو الذي يجعل للبحث من أسباب التنوع والإختلاف والتعقيد، ما يحيله لإجابة غير حاسمة للمشكلة، بل نسيج من المتناقضات، فيبدو البحث مأساه وصراع أفكار لا تعرف الإنتصار أو حتى أمل الانتصار.. إنها مجرد تناقض لم يعني شيئاً، وسعى دائب بلا هدف، وسُعار عشوائى بلا غاية. لذا لابد من إعمال العقل باتخاذ المنهج العلمى السليم في محاولة للكشف عن الحقائق - حتي وان كانت شاقة - من أجل الكشف عن الخيوط الأساسية التي تدخل في تركيب المشكلة ودحض دعوى العبث الفكرى.. صحيح أن كثير من المناهج العلمية مليئة بالتناقضات، والخيال، والذاتية، وباطل الأباطيل، لكن جدارة البحث العلمى هى التى تدفع الباحث لأن ينتقى منهجاً سليماً ، بحيث يجرى ويختبر ويعانى ويسقط على الأرض ويكرر التجربة بعد الأخرى، ثم لا يلبث أن ينهض لينفض عن نفسه غبار المعرفة الوهمية واثقاً من أنه لن يزل بعد اليوم.

لقد حاول علماء النفس الوصول إلى علم نفس عام بقوانين عامة، كعلم الطبيعة العام كما يتضح عند مدرسة (فونت)، ولكن فشلت المحاولة لعدم تجانس البشر، فإختلافهم أكثر من تشابههم، ولكن إنتهى الأمر بمنهجين: (تجريبي)، يستهدف الفروق الفردية، أى تحديد مكان الفحوص بالنسبة للآخرين، و(كينيكي) يستهدف فهم المفحوص (صلاح مخيمر، ١٩٨١، ٢٠). والمنهج التجريبي والكينيكي يؤلفان حالتين متتابعتين فى التطور المنهجى لعلم النفس، فمن الناحية التطبيقية، يتيح الإتجاه الكينيكي بصورة مفيدة تناول مشكلات يقف أمامها المنهج التجريبي عاجزاً، كما أن البعد الدينامى الذى يستخدمه المنهج الكينيكي، قد أدى في بعض

الحالات إلى أعمال تجريبية (موريس روكن، ١٩٨٣، ١٣). بجانب ذلك يتيح المنهج التجريبي، تحديد ما إذا كان المتغير المستقل يؤثر فى المتغير التابع عن طريق المقارنة بين أداء المفحوصين فى معالجتين أو أكثر. (فؤاد أبو حطب، آمال صادق، ١٩٩١، ٣٣٠).

وإن كانت السوية النفسية (كالمعافاة البدنية المطلقة) مجرد خرافة، ومثل أعلى نقرب منه بدرجة أو أخرى، فإن المنهج الكلينيكى فى دراسته العميقة للحالة الفردية لا يقتصر على المرضى دون الأسوياء، بل ينسحب على جميع الحالات بغير إستثناء، فما نسميه بالسوية النفسية ليس إلا درجة هيئة من العصابية، ويتضح هذا من أن المنهج الكلينيكى يتبنى زاوية الرؤية لعلم النفس المرضى (السيكوباتولوجيا) وهى الذاتية السيكودينامية التى عادة ما نتكلم عنها على أنها مفهوم الدينامية. ومفهوم الدينامية يقوم كما نعلم على الصراع، فالحياة ليست غير سلسلة من الصراعات ومحاولات فضها، ويصدق هذا على الحرب، كما يصدق على الحب، ولكن إذا كان صميم الحياة ليس غير سلسلة من الصراعات، فإن حلول هذه الصراعات يمكن أن تكون (بالنسبة إلى الراشد مثلاً) على مستوى الرشد، فتكون حلولاً إنشائية بنائية لا تقتصر على خفض التوترات بشكل مكتمل وإنما تحقق أيضاً إمكانيات الفرد وقيمة ذاته. كما يمكن أن تكون هذه الحلول للصراعات على مستوى نكوصى، بحيث لا يواجهها الراشد على مستوى الراشد، بل مستوى طفلى يتيح خفض التوترات، ولكن بشكل جزئى وعلى حساب تفكيك الشخصية والنيل من قيمة الذات، هذه الحلول الأخيرة هى الأمراض النفسية (الأعصبية أو أعصبية الطرح) والأمراض العقلية (الأذهنة أو الأعصبية النرجسية) أو غير ذلك من اضطرابات الشخصية وإختلالات السلوك (من قبيل الانحرافات الجنسية والادمانات والمسالك الاندفاعية أو الإجرامية) والمنهج الكلينيكى فى هذا كله يقوم بالدراسة العميقة للحالة الفردية وينتهى من ذلك إلى تشخيص حالى وتشخيص للتطور المقبل، وتحديد للطرائق التى يكون بها العلاج، ويخطئ البعض فيتهم أن المنهج الكلينيكى هو التحليل الكيفى للإجابات على المقاييس المقننة، بينما يتوهم البعض الآخر أنه يستخدم المنهج الكلينيكى عندما تكون المجموعة التجريبية فى المنهج التجريبي الذى يستخدمه من المرضى أو المعوقين، وكل هذا يدخل فى باب الأوهام، فالمنهج الكلينيكى هو الدراسة العميقة للحالة الفردية عن طريق المقابلات الشخصية الطليقة التى تستعين بالاختبارات الاسقاطية وفنيات التحليل النفسى (سامية القطان، ١٩٨٠، ١٧).

ويرى الباحث أنه على الرغم من كثرة وتعدد الاختبارات السيكمترية التي تدعى التقنين والضبط من حيث الثبات والصدق - على الرغم من ذلك فإنها لا تستطيع أن تفهم الانسان بما هو انسان، ولا تستطيع أن تحيط بكل جوانب التعقيد فيه، فقد ترصد الظواهر دون أن تفسرها، وقد تحصى الفروق الفردية فى البناء الفوقى، لكنها لا تفعل ذلك على مستوى البناء التحتى، فهي تحصى، لكن دون فهم، وترصد دون تفسير، وتناقش دون تحليل

من هذا المنطلق، نحن فى حاجة إلى منهج كلىنىكى، بجانب المنهج التجريبي، حيث التحليل والتفسير والفهم من خلال المقابلات الكلىنىكية والاختبارات ذات المحتوى الكيفى التي أصبحت على وعى تام بمشكلات الثبات والصدق.

(Alpert , R. & Mary, H. 1960, p.2)

لذلك إستخدام الباحث بعض المقاييس السيكمترية، وأخرى كلىنىكية، فيما يسميه «لاجاش» «النزعة الكلىنىكية المسلحة» ويقول فى هذا الصدد:

«إنه ليستوي أن نقول أن ممارس سيكولوجي ينبغي أن يكون كلىنىكياً، أو أن يكون باحثاً وليس مجرد إنسان ميكانيكى» (د/نبيل لاجاش ١٩٨٩، ٣١).

من هنا يحرص الباحث على إستخدام منهج الكلىنىكية المسلحة، متبعاً قواعد المنهج فى تناول العلمى للوقائع، هذه القواعد التي إستقاها «ليفين» من تطبيقات «جالليو» للمنهج العلمى الحق، حيث أن هناك طريقتين للتقليد، طريق التقليد السطحى الفقير التي هى نقل حرفى بالضبط، شبيهة بالقوانين والعلاقات الرقمية فى الفيزياء، وهناك طريق التقليد الخصب العميق والتي فيها ضرورة لإعادة بناء الوقائع للوصول إلى التفكير العلمى الحق، وبناء على ذلك يفرق «جالليو» بين طريقتين فى الإستقراء، فمن ناحية نستطيع أن نصل إلى قضية عامة، إبتداء من الوقائع عن طريق التجريد، وهذا هو المنهج الأرسطوطالى، ومن ناحية أخرى نستطيع أن نبحث ضمن حالة، أى داخل حالة، عن تقابل الوقائع، وهذا هو المنهج الجاليلى، لذا يرى «ليفين» أن معيار علم النفس ينحصر حقاً فى تخلية عن المفارقة ما بين «عمومية الماهية المعقولة» و«خصوصية الواقعة» وأن نفكر بلغة السياقات Contexts «تشكيلات النوع الواحد» لا بلغة

الفئات Classes (حسام الدين غريب، ١٩٨١، ٣٩). ومن خلال ذلك يمكن لنا دراسة تاريخ حياة الفرد بكل مشتملاتها ومتغيراتها، بقدر ما يتيح لنا الفرصة لفهم أساليب التفاعل التي يمارسها الفرد في كل مجالات التفاعل مع الواقع الذي يحيا فيه بغرض الوصول إلى فهم حركة الفرد مع نفسه ومع الواقع ومع أعراضه المرضية، ومن ثم كانت ضرورة الإلتجاء إلى الطريقة الكلينيكية، وذلك بغرض الوصول إلى التشخيص الدينامي لدفاعات ومسببات الحالة وذلك بالأساليب القياسية المقننة التي يتبنى تصميمها المنهج التجريبي، وذلك بهدف الوصول إلى فهم كامل لتاريخ الفرد وملاحظة سلوكه بغرض تعرف المعالج على دلالات تؤدي به إلى قاعدة للتحرك والعمل مع الفرد، فهماً وتنبؤاً وعلاجاً، لكي يعيد الفرد بفضل أسلوب العلاج الملائم المقترح إلى التوافق من جديد مع الواقع في إطار متقبل منه ومقبول من هذا الواقع.

(حسين عبد القادر وآخرون، ١٩٩٣، ٧٧٢).

وما من شك من أن هذه الطريقة من أدق الطرق في دراسة الفرد، ولا يطبقها إلا فئة من الاختصاصيين دربوا تدريباً خاصاً على إجراء الاختبارات السيكولوجية التشخيصية وعلى تأويل نتائجها في ضوء دراسة تاريخ الحالة، وفي ضوء علمهم بالفروق الفردية بين الأفراد عموماً، وبالاختلافات النفسية المختلفة (عبد المنعم المليجي، ١٩٥٧، ٥٨).

ويرى الباحث أن استخدام المنهج التجريبي والكلينيكي معاً، هو بهدف تحقيق مبدأ إلتقاء الوقائع، وألا نقع فيما يسميه «إبن سينا» «الدور» وهو أن نبرهن على منهجنا بمنهجنا ((إبن سينا، ١٩٦٦)، ويشير الباحث أيضاً إلى أن استخدام المنهجين التجريبي والكلينيكي لا يعنى الإنحياز لمنهج دون الآخر، بقدر ما هو محاولة للتوفيق بين وجهتي النظر السيكمترية والكلينيكية والكشف عن أعماق وحقيقة ذلك الانسان، أخذين في الإعتبار مفاهيم الدينامية والوحدة الكلية الحالية، والوحدة الكلية التاريخية.

خطوات إجراء الدراسة :

أولاً : إجراءات الدراسة التجريبية :

١ - قام الباحث بالتعرف على الأماكن التي يمارس فيها الأفراد سلوك المقامرة، وتشمل بعض النوادي والمقاهي، وقام الباحث بعمل مقابلات مفتوحة غير مقننة مع بعض المقامرين، وذلك للتعرف على أهم المتغيرات التي تؤثر في الظاهرة موضوع البحث، وقد كانت هناك صعوبة بالغة في إقامة علاقة حميمة Rapport مع عينة الدراسة، وذلك لطبيعة الظاهرة (المقامرة) والأفراد حاملين الظاهرة (المقامرين)، وهو ما إستغرق معه وقتاً طويلاً.

٢ - قام الباحث بالتعرف على طبيعة الألعاب التي تمارس من خلالها المقامرة، وهو ما يتضح في الجدول التالي :

جدول (٦)

وضع توزيع عينة البحث من المقامرين بالنوادي

والمقاهي من حيث نوعية ألعاب المقامرة

الألعاب ^١	العدد	المجموع الكلي	النسبة المئوية
ألعاب الزهر * (الحلال والحرام)	٢٢	٣٠	٧٣,٣٪
ألعاب الكارت	٣	٣٠	١٠٪
ألعاب البلياردو	٥	٣٠	١٦,٧٪

وهذه الألعاب يتم المراهنة عليها مالياً وبمبالغ متفاوتة.

* الحلال والحرام . هي أشهر ألعاب المقامرة بالنسبة لعينة البحث، وهي من ألعاب الزهر والتي تعتمد على أن هناك أرقام لزهر النرد (حلال)، وأخرى (حرام) أما الأرقام الحلال فهي (٢) و (٣) وتعرف (بالدوسة)، (٦) و (٦) وتعرف (بالدش)، و (٥) و (٥) وتعرف (بالدبش)، أما بقية الأرقام حرام وهي الأرقام الخاسرة.

٣ - وبعد حصر نوعية الألعاب المقامر عليها، قام الباحث بالتعرف على العادات السائدة لممارسة هذه الألعاب، ونوعية الأنشطة المصاحبة لها، وكيف يتم تأدية هذه الألعاب خاصة أن ممارسة هذه الألعاب تختلف تماماً عما يمارسه الأشخاص العاديين للتسلية والترفيه، فعلى سبيل المثال لم تشمل ألعاب الزهر لديهم (لعبة الطاولة) وإنما يكفي فقط لقاء الزهر والحصول على رقمين متشابهين يتفق عليهما قبل لقاء الزهر، وذلك للمكسب، وهو ما يطلقون عليه (البفه)، يضاف إلى ذلك لعبة (الحلال والحرام)، وألعاب الكرت يستخدمون فيها ما يعرف بلعبة (الثلاث ورقات)، وألعاب البلياردو التي يدور الرهان فيها على كيفية إدخال ثلاثة كرات بضربة واحدة، ويقوم الطرف الآخر بوضع الكرات للخصم كما يشاء.. وتعرف الباحث بعد ذلك على كيفية عمل هذه المراهنات حيث إتضح أن مالك النادي أو المقهى تخصص له نسبة من هذه المراهنات.

٤ - قام الباحث بعد ذلك باختيار العينة على أساس مجموعتين إحداها مجموعة تجريبية (٣٠) مقامر، والآخرى مجموعة ضابطة قوامها (٣٠) فرد من غير المقامرين وكان الباحث قد إستخلص هذه العينة بعد أن طبق على عينة من المقامرين وغير المقامرين (١٠٠ فرد) مقياس المقامرة المرضية وذلك لاستخلاص المقامرين المرضيين. وقد إختار الباحث العينة وفقاً لمن تنطبق عليهم الشروط والضوابط موضوع القياس، وكان إختيار العينة عشوائياً حيث تنوع افراد العينة ما بين متعلمين وغير متعلمين، طلاب، ومتزوجين، وغير متزوجين، من ذوى أسر ذات حجم كبير وأسر ذات حجم صغير، فى مستويات اقتصادية واجتماعية مرتفعة ومنخفضة، مما يشير لتمثيل العينة للمجتمع الأصلي.

٥ - قام الباحث بتطبيق مقياس الغرائز الجزئية، ومقياس سلوك المخاطرة، وكان التطبيق فردياً، وبعد تصحيح المقاييس، قام الباحث باستخلاص النتائج وعمل التحليل الاحصائى المناسب لها، ثم قام الباحث بمناقشة هذه النتائج وفق ما جاء فى الاطار النظرى والدراسات السابقة، وذلك للتأكد من صحة فروض الدراسة.

٦ - تلى ذلك أن قام الباحث بتحديد درجات العينة التجريبية من المقامرين المرضي الذين حصلوا على درجات مرتفعة فى مقياس الغرائز الجزئية وسلوك المخاطرة يصل الارتفاع فيها للدلالة المرضية (٧٠ درجة تائية فأكثر). وقام الباحث باستخلاص (٥) من المقامرين من اللذين حصلوا على أعلى الدرجات المرضية فى مقياس الغرائز الجزئية، ومقياس سلوك المخاطرة، وذلك لتطبيق برنامج علاجى جماعى عليهم وعمل الدراسة الكلينيكية.

ثانياً : إجراءات الدراسة الكليينيكية :

بلغ حجم العينة للدراسة الكليينيكية (٥) مفحوصين من المقامرين الذين حصلوا على أعلى الدرجات المرضية التائية (٧٠ فأكثر) وقام الباحث بعمل المقابلة الكليينيكية مع كل مفحوص، مستخدماً المقابلة ذات رؤوس الموضوعات الهادية والتي تشمل المفردات التالية :

الشكوى الحالية، والأسرة واتجاه المفحوض منها، والطفولة وسنوات التعليم، والعمل والحوادث والأمراض، والحقل الجنسي، والعادات والتقاليد، والمعتقدات، والأحلام وكان ذلك بهدف وضع الخطة العلاجية المناسبة للمفحوصين بما يضمن علاجهم من المشكلات التي يتعرضون لها.

قام الباحث بالاعداد للجلسات العلاجية، معتمداً في ذلك على ما جاء في الأطر النظرية والدراسات السابقة، وذلك من خلال حجم الجماعة، وعدد الجلسات، ومكان الجلسة، وزمن الجلسة، فقد اشتملت المجموعة العلاجية على (٥) من المقامرين الذكور الذين كانت درجاتهم مرضية على مقياس الغرائز الجزئية، وسلوك المخاطرة، وفيما يتصل بعدد الجلسات بلغ الاجمالى للجلسات (٢٠) جلسة، بمعدل جلستين اسبوعياً ولمدة (شهران ونصف الشهر) وأجريت هذه الجلسات في مسكن أحد المقامرين، واستغرق زمن الجلسة الواحدة ما بين ساعة أو ساعة ونصف وذلك حتى لا يشعر المفحوصين بالملل، وذلك على الرغم من شدة قابلية المفحوصين للعلاج وهو ما ساعد الباحث على إجراء الجلسات العلاجية، إذ يرى الباحث أن أهم خطوة في العلاج هي الرغبة في العلاج، وقد راعى الباحث ضرورة أن تكون الجلسة منضبطة خاصة وأن المفحوصين كانوا في البداية ينظرون لها على أنها نوع من التسلية، فبرغم حاجتهم ورغبتهم في العلاج إلا أنهم كانوا كثيرى الهرج في البداية، ولكن الباحث لم يحقق الانضباط للجلسة عن طريق بعض القيود والضوابط، وانما بإثارة المشكلات الحساسة المشتركة بين المقامرين وطرح أسئلة تشد إنتباههم، فطبيعة المقامرين لا تتطلب الشدة والحزم، ولكن تتطلب القدرة على جذب الانتباه.

عينة الدراسة :

أولاً : عينة الدراسة التجريبية :

قام الباحث باختيار العينة اختياراً عشوائياً، مما أتاح فرصاً متساوية لجميع وحدات الأصل الكلى من المقامرين ان يكون متضمناً فى العينة، وكان الاختيار عشوائياً حتى يضمن حياد الباحث وموضوعيته، ولا تكون هناك أخطاء إلا فى حدود الصدفة أو ما يعرف (بخطأ العينة) وهو خطأ غير مؤثر على نتائج البحث، وبذلك تتوافر فى خصائص العينة التجريبية الاختيار العلمى الدقيق من حيث (إفترض التمثيل) ومن حيث (إفترض المصادفة) حيث تنوعت العوامل الديموغرافية التى تتضمن تمثيل العينة، وذلك من حيث اختلاف المستويات التعليمية من الأمية إلى المرحلة الجامعية، وكذلك تنوع حجم الاسرة بالنسبة لأفراد العينة ما بين الانخفاض والتوسط والارتفاع، والحالة الاجتماعية ما بين متزوج وغير متزوج، وطول مدة المقامرة وانخفاضها وتوسطها وذلك فى اليوم الواحد وعلى مدار السنين، وكذلك المبالغ المقامر بها تراوحت ما بين الزيادة والانخفاض وبذلك تحقق (إفترض التمثيل) حيث أصبحت جميع خصائص (الكل) متوفرة فى (الجزء) فكانت هناك فرصاً متساوية للوحدات التى تكونت منها العينة، مما أتاح للعينة إفترض العشوائية والمصادفة.

وتكونت عينة الدراسة من (٣٠) مفحوص من المقامرين المرضى Pathological gamblers (عينة تجريبية)، و (٣٠) مفحوص من غير المقامرين، (عينة ضابطة) تراوحت أعمارهم ما بين (١٨ : ٤٠) سنة، وقد تم السحب بالعينة، من عينة كلية قوامها (١٠٠) مفحوص، حيث تم إستخراج عينة المقامرين المرضى من خلال تطبيق مقياس المقامرة المرضية الذى كشف عن المقامرين المرضى.

وقد تنوعت العوامل الديموغرافية للعينة من النواحى الثقافية والتعليمية، والاجتماعية والاقتصادية وكثرة ممارسة المقامرة، ومن حيث حجم الاسرة، والحالة الاجتماعية، إلا أن كان على الباحث أن يضبط بعض العوامل الديموغرافية ويتأكد من تجانسها فى العينة، نظراً لتأثيرها دون غيرها على نتائج الدراسة، وهذه العوامل:

١ - العمر، ٢ - المستوى الاجتماعى الاقتصادى.

٣ - حجم الاسرة.

والجدول التالى يوضح نسبة (ف) لحساب التجانس بين المجموعات، حسب مستوى العمر.

جدول (٧)

يوضح نتائج تحليل التباين أحادي الاتجاه لدى مجموعات الدراسة
حسب مستوى العمر

مصدر التباين	مجموعات المربعات	درجات الحرية	التباين	النسبة الفائية	مستوى الدلالة
بين المجموعات	٢١٨	١	٢١٨	٢٨٧	غير دالة
داخل المجموعات	٣٦٣.٠٨	٥٨	٦٢٦٤		

ويتضح من الجدول السابق أن ليس هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعات من حيث المستوى العمري، أى أن هناك تجانس، لأن النسبة المحسوبة لا تختلف في جوهرها عن الصفر وترجع إلى الصدفة.

أما بالنسبة للتجانس بين العينات من حيث المستوى الاجتماعي الاقتصادي، قام الباحث بحساب نسبة (ف) لحساب التجانس كما في الجدول التالي :

جدول (٨)

يوضح نتائج تحليل التباين أحادي الاتجاه لدى مجموعات الدراسة
حسب المستوى الاجتماعي الاقتصادي

مصدر التباين	مجموعات المربعات	درجات الحرية	التباين	النسبة الفائية	مستوى الدلالة
بين المجموعات	٤ر٥	١	٤ر٥	٨٣ر١	١
داخل المجموعات	٥٦٥ر٢	٥٨	٩ر٩		غير دالة

يتضح من الجدول السابق عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعات، وأن هناك تجانس من حيث المستوى الاجتماعي الاقتصادي، لأن النسبة المحسوبة لا تختلف في جوهرها عن الصفر.

أما من حيث حجم الأسرة فقد إهتم الباحث بضرورة أن تكون متجانسة، لذا قام الباحث قيمة (ف) لحساب التجانس بين العينات حسب حجم الأسرة كما يتضح في الجدول التالي:

جدول (٩)

يوضح نتائج تحليل التباين أحادي الاتجاه لدى مجموعات الدراسة
حسب حجم الأسرة

مصدر التباين	مجموعات المربعات	درجات الحرية	التباين	النسبة الفاتبة	مستوى الدلالة
بين المجموعات	٦	١	٦	٢٦٥	غير دالة
داخل المجموعات	٩٢٤٧	٥٨	١٥٩		

ويتضح من الجدول السابق أن ليس هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعات من حيث حجم الأسرة وأن هناك تجانس لأن النسبة المحسوبة لا تختلف في جوهرها عن الصفر. وقد قام الباحث بحساب التجانس لكل من (العمر، المستوى الاجتماعي والاقتصادي، وحجم الأسرة) وذلك لأن غالبية الباحثين في المقامرة بصفة عامة، والمقامرة المرضية بصفة خاصة، أشاروا لأهمية هذه العوامل، ودورها في التأثير على المقامرة المرضية، وقد جاء التركيز على هذه المتغيرات في كثير من الأطر النظرية والدراسات السابقة.

ثانياً : عينة الدراسة الكلينيكية :

يشير «موريس روكن» إلى أن كثير من المعالجات الإحصائية تكون نتائجها محدودة ولا تنطبق إلا على بعض الخصائص المعينة (موريس روكن ١٩٨٣، ٨٢) لذا تم استخدام المنهج الكلينيكي، بجانب المنهج التجريبي، فقام الباحث باختيار عينة كلينيكية من (٥) مفحوصين من المقامرين المرضيين Pathological gamblers ممن كانت درجاتهم أكثر تدهوراً بالنسبة لمقاييس : المقامرة المرضية، النزعات الغريزية الجزئية، سلوك المخاطرة Risk-taking.

الأدوات :

يرى الباحث أنه إذا كانت هناك أشياء أكثر أهمية في المنهج العلمي من أدوات القياس للظاهرة موضوع البحث، إلا أن هذه الأدوات ضرورية لمعرفة هذه الأشياء، وعلى قدر دقة أدوات البحث، على قدر دقة نتائجه .

ويشير (شافر) وآخرون إلى أن الاهتمام بقياس سلوك المقامرة، زاد مع زيادة الإهتمام بهذه الظاهرة مع بداية التسعينيات من ق (٢٠)، وظهر منذ عام ١٩٩٠ : ١٩٩٩ ما يقرب من (٢٥) مقياس لقياس المقامرة المرضية (١٢) منهم تستخدم مع الراشدين و (١٣) مع المراهقين، وجميعها مقاييس ذات ضبط تجريبي عالى (Shaffer, H. et. al, 1997).

إلا أن باحث مثل (كاشينوف) يرى أن هذه المقاييس ذات صدق وثبات مؤقت ، (Kassinove, J. 1986, p. 763)، لذا يرى الباحث ضرورة التأكد من صحة ثبات وصدق تلك المقاييس لضمان الدقة، وتشمل هذه الأدوات على ما يلي :

١ - الباحث

٢ - استثمار المستوى الاقتصادي - الاجتماعي، إعداد / كمال دسوقي ومحمد بيومي،

٣ - مقياس المقامرة المرضية، / ترجمة وتقنين الباحث .

٤ - مقياس سلوك المخاطرة. إعداد / الباحث

٥ - مقياس الدفعات الغريزية الجزئية، إعداد / حسين سعد الدين

أولاً :الباحث:

يرى الباحث إن شخصية الباحث، تمثل الآداة المهمة في البحث العلمى، فهى ذات وزن كبير لضمان نجاح الدراسة أو فشلها ، إذ لا بد أن يكون الباحث على قدر من الكفاءة والموضوعية، وأن يكون على قدر من الثقة فى معالجة المشكلات الطارئة فى الدراسة، فيجب على الباحث أن يكون قادراً على تنمية علاقات (مهنية) بالعينة موضوع الدراسة، تتصف بأنها علاقات حميمة، Rapport وأن تكون فى الوقت نفسه واقعية، يشعر من خلالها الباحث بمشاكل المفحوصين ويتعاطف معهم كما يجب أن تتوافر فى الباحث مهارات الاهتمام بالمفحوصين دون نقد، والإصغاء جيداً لهم، وتشجيعهم على الحديث، وأن يدرك المفحوصين فى إطار البيئة والثقافة، التى يعيشون فيها، وأن يضبط المسافة بينه وبينهم بحيث لا يقترب منهم تماماً وألا يبتعد عنهم مطلقاً، وأن يضع الباحث لنفسه معايير يسير وفقها فى دراسته، سواء كانت معايير منهجية أو معايير أخلاقية، وذلك بأن يكون أمين على أسرار المفحوصين ولديه من الحذر العلمى ما يمنعه من الوقوع فى المشكلات المنهجية، وألا تكون لديه القدرة فقط على رصد البيانات بل تفسيرها وتحليلها أيضاً.

ثانياً :إستمارة المستوى الاقتصادى - الاجتماعى / إعداد / كمال الدسوقي

ومحمد بيومى

أعد هذا المقياس (كمال دسوقي، ومحمد بيومى خليل (١٩٨٤) بهدف دراسة المستوى الاقتصادى والاجتماعى للفرد فى ضوء إجابته عن أسئلة المقياس، ويمتاز هذا المقياس عن غيره من مقاييس المستوى الاقتصادى الاجتماعى بإعتباره قائم على مستوى الإنفاق لا مستوى الدخل. كما أنه يمتاز بأنه يُخرج سبع مستويات للمستوى الاقتصادى الاجتماعى هى : مرتفع جداً، مرتفع، فوق المتوسط، المتوسط، أقل من المتوسط، منخفض، منخفض جداً، وهذا يتيح فرصة أوسع لايجاد فروق بين المستويات الاقتصادية.

وصف الاستثمار :

تتكون هذه الاستثمار من (١٧) سؤالاً، منها (١٥) يتم الاجابة عنها بطريقة الاختيار من المتعدد، وسؤالان يتم الاجابة عنها بالتكملة، وتتكون الاستثمار من خمسة أبعاد تم تعريفها إجرائياً هي :

أ - الوسط الاجتماعى : وهو المجال الذى يعيش فيه الفرد ويتفاعل مع معطياته المختلفة والذى يقيم فيه الفرد إقامة شبه دائمة، وقسم إلى ستة مستويات تتدرج من درجة إلى ست درجات.

ب - المستوى التعليمى للوالدين، وهو المستوى الذى وصل إليه الوالدان فى السلم التعليمى، وينقسم إلى ثمانية مستويات تتدرج من درجة إلى ثمانى درجات.

ج - المستوى المهنى للوالدين، ويقصد به مكانة المهنة فى المجتمع المصرى وما تدره المهنة من دخل وعائد، وينقسم هذا المستوى إلى قسمين:

١ - مكانة المهنة فى المجتمع، ويشمل ثمانية مستويات تتدرج من درجة إلى ثمانى درجات.

٢ - ما تدره المهنة من عائد: وتشمل ثمانية مستويات تتدرج من درجة إلى ثمانى درجات.

د - مستوى المعيشة: ويشمل مستوى الحياة المعيشية للأسرة عن طريق ثمانية أبعاد .

هـ - الجو الأسرى : وهو المناخ أو الروح التى تسيطر على العلاقات الأسرية ومنها :

١ - الحالة الاجتماعية للوالدين.

٢ - حجم الاسرة.

٣ - طبيعة العلاقات بين افراد الأسرة.

اجراءات التطبيق والتصحيح :

حيث يحدد الفاحص رقماً خاصاً لكل فرد من أفراد العينة يكتب على كراسة الاسئلة وعلى المفحوص أن يجيب بصدق دون إحراج، ويصحح المقياس وفقاً لمفتاح التصحيح الخاص بكل بُعد من أبعاده، ويتم تجميع درجات كل فرد للحصول على الدرجة الخام المعبرة عن المستوى الاقتصادي الاجتماعي.

ثبات وصدق الإستمارة :

قام مصمما الإستمارة بحساب الثبات بطريقة إعادة تطبيقه وكان معامل ثباته ٠.٩١. أما معامل الصدق فكان ٠.٩٥، وقد استخدمت الإستمارة في دراسات علمية عديدة مما يضيف قوة ودلائل جديدة على ثباتها وصدقها.

مقياس المقامرة المرضية

Pathological gambling scale (PGS)

ترجمة وتقنين الباحث:

أعد هذا المقياس مؤسسة (المقامر المجهول) Gambler Anonymous تحت عنوان مقياس المقامرة المرضية (PGS) وتم نشره بعد ذلك في مؤسسة (المقامر المجهول) تحت عنوان، «عشرين سؤالاً للمقامر المجهول».

The twenty questions of gambler anonymous

ويهدف هذا المقياس إلى تحديد المقامر المرضى Pathological gambler، وذلك في ضوء إجابته على أسئلة المقياس العشرين، ويمتاز هذا المقياس عن غيره من المقاييس فيما يلي:

١ - عدم كثرة العبارات مما لا يدع مجالاً للشعور بالملل، وهو ما يتفق مع طبيعة المقامر، فهو سريع الملل.

٢ - العبارات سهلة وواضحة وتبتعد عن الغموض، كما أنها مباشرة.

٣ - العبارات قصيرة ومحددة في اتجاه واحد.

٤ - الإجابة على المقياس ليست إختيار من متعدد، وإنما إختيار من بين (نعم / لا)، وهو ما يضمن عدم تشتت المفحوص في الإجابة عليه.

٥ - عبارات المقياس تقيس المقامرة المرضية طبقاً لما حدده الدليل الاحصائي الثالث DSM III ، كما أنه مقياس يسهل تصحيحه.

ويتكون هذا المقياس من (٢٠) عبارة، جميعها في الاتجاه السالب، ويتم الاجابة عليها (بنعم / لا) ويشير هذا المقياس إلى أن المقامر الذي يحصل على (٧) درجات أو أكثر من خلال إجابته (بنعم) على أى عبارة من الـ (٢٠) عبارة فإنه يصبح مقامر مرضى.. ويتكون المقياس من أربع أبعاد أساسية.

١ - بُعد الاستجابة النفسية الاجتماعية : **Social Psycholoical response** وهو بعد

يتناول الحياة الأسرية، وسمعة المقامر، ورعايته لأسرته، وطبيعة المشاكل والاحباطات التي يتعرض لها المقامر، وسلوكيات المقامر النفسية والاجتماعية.

٢ - بُعد الاستجابة الاقتصادية **Economic response** ويتناول هذا البعد المشاكل

المالية للمقامر، والسلوكيات التي تتبع في الفوز والخسارة والنظرة للأموال، والإستدانة.

٣ - بُعد الإستجابة الشخصية **Personal response** ويشير هذا البعد إلى طبيعة

إستجابة المقامر للمقاومة من خلال العوامل الذاتية، فهل تكون الاستجابة شعور بالندم، أو إنخفاض في الطموح، أو صعوبات في النوم أو شعور بتدمير الذات.

٤ - بُعد شدة الإستجابة : **Response intensity** وهو بعد يشير إلى التطرف في

إستجابة المقامر، من حيث أن المقامرة تدفع لارتكاب جرائم، وتضيع كثيرا من الوقت، وأن المقامر يستخدمها للهروب من مشاكله، حتى أنه يندمج فيها أكثر مما هو متوقع.

ويطبق هذا المقياس بصورة فردية أو جماعية، وتحسب الدرجة عليه بناء على مجموع الدرجة الكلية، وسقف الاختبار (٢٠) درجة، فكل إجابة (بنعم) على كل عبارة تحسب بدرجة واحدة.

وفيما يتصل بثبات وصدق المقياس، يتضح أنه على درجة عالية من الثبات والصدق إذ

كان الثبات (٠.٨٨) أما معامل الصدق (٠.٩٣).

(*Gambler Anonymous, 1984*)

وقد قام الباحث بترجمة هذا المقياس إلى اللغة العربية، وقام بعمل تقنين جديد يناسب مع

المرحلة العمرية (١٨ : ٤٠) سنة ويتناسب ايضا مع البيئة المصرية، وهو ما يتضح فيما يلي :

أولاً : الدرجة التائية

حيث قام الباحث بحساب الدرجة التائية (الدرجة المعيارية المعدلة)، وذلك على عينة تبلغ (١٠٠) مفحوض، حيث تم حساب الدرجات التائية للدرجات الخام الكلية وذلك وفق قانون الدرجة التائية = $\frac{س - \bar{م}}{ع} \times ١٠ + ٥٠$ (فوائد البهى السيد، ١٩٧٩، ١٩٢).

ثانياً : الصدق العاملى :

يعتمد هذا النوع من الصدق على (التحليل العاملى للاختبارات المختلفة ولموازينها التى تنسب إليها، وتقوم فكرة التحليل العاملى على أساس حساب معاملات ارتباط الاختبارات والموازن المختلفة ثم تحلل هذه الارتباطات إلى العوامل التى أدت إلى ظهورها، وبذلك يؤدي هذا التحليل للكشف عن العوامل المشتركة العامة والطائفية التى تتكون منها الاختبارات المختلفة.

ويؤثر العامل العام على جميع الاختبارات بنسب مختلفة تسمى معاملات تشبع الاختبارات بالعامل العام، كما يؤثر العامل الطائفى فى بعض الاختبارات بنسب مختلفة تسمى أيضاً معاملات تشبع الاختبارات بالعامل الطائفى، أى أن العوامل الطائفية تقسم الاختبارات إلى تجمعات وفقاً لما تقيسه تلك الاختبارات فتؤلف من الاختبارات العديدة قسماً أو طائفة، وتؤلف من الاختبارات اللغوية قسماً آخر أو طائفة، وهكذا تكشف تلك العوامل عن مدى ارتباط كل اختبار من إختبارات أى مجموعة بالعامل أو القدرة التى تمثلها تلك المجموعة

(فوائد البهى السيد، ١٩٧٩، ٤٠٣).

ويشير (صفوت فرج) بأن طرق التحليل العاملى تختلف وتتميز فيما بينها بقدر اختلاف النظر فى أسلوب تمثيل البيانات، فيمكن تمثيل مجموعة من معاملات الارتباط بين عدد من المتغيرات بوسائل مختلفة، وتؤدي كل وسيلة من هذه الوسائل إلى وضع فروض عاملية جديدة (صفوت فرج، ١٩٨٠، ٢٠٩). ولقد تم حساب الصدق العاملى لمقياس المقامرة عن طريق برنامج (S.P.S.S) لعينة قوامها (١٠٠) من الذكور ممن تتراوح أعمارهم الزمنية ما بين (١٨-٤٠) سنة، وذلك باستخدام تدوير المحاور بطريقة فارماكس Varimax وذلك كما هو موضح بالجدول التالية :

جدول (١٠)

يوضح مصفوفة الارتباط ودالتها عند الطرف الواحد

Sig. (1 - tailed) of correlation Matrix

لمقياس المقامرة للعينة الكلية حيث (ن = ١٠٠)

المصفوفة	أبعاد المقياس	الاستجابة النفسية الاجتماعية	الاستجابة الاقتصادية	الاستجابة الشخصية	شدة الاستجابة
الارتباط Correlation	الاستجابة النفسية الاجتماعية الاستجابة الاقتصادية الاستجابة الشخصية شدة الاستجابة	٠,٩٢٣ ٠,٨٦٧ ٠,٨٠٢	٠,٨٧٥ ٠,٨١١	٠,٨٧٩	—
دلالة الطرف الواحد لمعامل الارتباط Sig (1-tailed) of correlation	الاستجابة النفسية الاجتماعية الاستجابة الاقتصادية الاستجابة الشخصية شدة الاستجابة	— ٠,٠٠٠ ٠,٠٠٠ ٠,٠٠٠	— ٠,٠٠٠ ٠,٠٠٠	— ٠,٠٠٠	— ٠,٠٠٠

يتضح من الجدول السابق أن معاملات الارتباط البينية للأبعاد الأربعة لمقياس المقامرة

بالنسبة للعينة الكلية (ن = ١٠٠) جاءت دالة إحصائياً عند مستوى ٠,١.

جدول (١١)

يوضح مصفوفة ارتباط التداخلات بين الأبعاد

Inverse of correlation Matrix

لمقياس المقامرة للعينة الكلية (ن = ١٠٠)

أبعاد المقياس	الاستجابة النفسية الاجتماعية	الاستجابة الاقتصادية	الاستجابة الشخصية	شدة الاستجابة
الاستجابة النفسية الاجتماعية	٧٥٦٩	٨٠٤٤	٦٩٩٥	٤٥٦٨
الاستجابة الاقتصادية	٢٤٩	١٩٩٣	٣٢١٠	
الاستجابة الشخصية	١٦٥٠	٠٥٦٠		
شدة الاستجابة	٠٣٦٤			

جدول (١٢)

يوضح المصفوفات المعكوسة

Anti - Image Matrices

لمقياس المقامرة للعيينة الكلية (ن = ١٠٠)

المصفوفة	أبعاد المقياس	الاستجابة النفسية الاجتماعية	الاستجابة الاقتصادية	الاستجابة الشخصية	شدة الاستجابة
التباين المعكوس Anti - Image Covariance	الاستجابة النفسية الاجتماعية الاستجابة الاقتصادية الاستجابة الشخصية شدة الاستجابة	٠.١٣٢ ٠.٨٦٢٢ ٠.٣١١٦ ٠.١٥٥٤	-٠.١٢٤ ٠.٣٥٤٣ ٠.١٥٢٤	٠.١٤٣ ٠.١٠٠	٠.٢١٩
الارتباط المعكوس Anti - Image Correlation	الاستجابة النفسية الاجتماعية الاستجابة الاقتصادية الاستجابة الشخصية شدة الاستجابة	٠.٨١٦ ٠.٦٧٣ ٠.٢٢٧ ٠.٦١٩٨	٠.٨١١ ٠.٢٦٦ ٠.٩٢٣٦	٠.٨٣٧ ٠.٥٦٨	٠.٨٦١

جدول (١٣)

يوضح الأبعاد الطائفية للتحليل العاملي

Communalities of Factor Analysis

لمقياس المقامرة للعيينة الكلية (ن = ١٠٠)

المجموع	الداخلية	أبعاد
		المقياس
٩٠٣ر	١٠٠٠ر	الاستجابة النفسية الاجتماعية
٩١١ر	١٠٠٠ر	الاستجابة الاقتصادية
٩١٦ر	١٠٠٠ر	الاستجابة الشخصية
٨٥٠ر	١٠٠٠ر	شدة الاستجابة

جدول (١٤)

يوضح تفسير التباين الكلى

Total Variance Explained

لمقياس المقامرة للعينة الكلية (ن = ١٠٠)

حاصل مجموع النسب التريعية				قيم الارتباطات الداخلية			المصفوفة
مجموع النسب المتوية %	نسبة التباين %	الكلى		مجموع النسب المتوية %	نسبة التباين %	الكلى	الجزئية
٨٩ر٤٨١	٨٩ر٤٨١	٣ر٥٧٩		٨٩ر٤٨١	٨٩ر٤٨١	٣ر٥٧٩	١
				٩٥ر٥٠٢	٦ر٠٢١	٠ر٢٤١	٢
				٩٨ر٠٨٨	٢ر٥٨٦	٠ر١٠٣	٣
				١٠٠ر٠٠٠	١ر٩١٢	٠ر٧٦٤٧	٤

جدول (١٥)

يوضح المصفوفة الجزئية

Component Matrix

لمقياس المقامرة للعينه الكلية (ن = ١٠٠)

المصفوفة الجزئية	أبعاد
المقياس	
١	
٩٥٧ر	الاستجابة الشخصية
٩٥٤ر	الاستجابة الاقتصادية
٩٥٠ر	الاستجابة النفسية الاجتماعية
٩٢٢ر	شدة الاستجابة

يتضح من الجدول السابق أن تشبعات الأبعاد الأربعة لمقياس المقامرة لدى العينة الكلية (ن = ١٠٠) مرتفعة بدرجة كبيرة إذ أنها تزيد عن (٠.٣) لذا فهي دالة إحصائياً عند مستوى (٠.٠١) وهو ما يعنى أن أبعاد المقياس مرتبطة مع بعضها البعض ارتباطاً عالياً، وهو ما يشير إلى أن مقياس المقامرة ذو اتجاه أو قطب واحد.

ومن ناحية أخرى فقد اتضح أن أكثر الأبعاد تشبعاً كان بعد الاستجابة الشخصية ثم بعد الاستجابة الاقتصادية، ثم بعد الاستجابة النفسية الاجتماعية وأخيراً شدة الاستجابة .

جدول (١٦)

يوضح مصفوفة الارتباطات الناتجة

Reproduced correlations Matrix

لمقياس المقامرة للعينة الكلية حيث (ن = ١٠٠)

المصفوفة	أبعاد	المقياس	الاستجابة النفسية الاجتماعية	الاستجابة الاقتصادية	الاستجابة الشخصية	شدة الاستجابة
الارتباطات الناتجة Reproduced correlation	الاستجابة النفسية الاجتماعية الاستجابة الاقتصادية الاستجابة الشخصية شدة الاستجابة	٩٠٣ ٩٠٧ ٩٠٩ ٨٧٦	٩١١ ٩١٤ ٨٨٠	٩١٦ ٨٨٢	٨٥٠	
البواقي Residual	الاستجابة النفسية الاجتماعية الاستجابة الاقتصادية الاستجابة الشخصية شدة الاستجابة	— ٠.١٦٤٩ ٠.٤٢٣٧ ٠.٧٣٥٤	— ٠.٣٨٨٣ ٠.٦٨٨٧	— ٠.١٩٣١٨٨	—	—

لقد تم حساب البواقي ما بين معاملات الارتباط الأساسية وبين التي تم إستخراجها فوجد أن هناك ٣٣٪ من البواقي المتكررة كانت قيمتها المطلقة أكبر من ٠.٠٥ .

وبعد تدوير المحاور لطريقة فارماكس Varimax of Rotated Factor Matrix

لم يجد الباحث أى إختلاف بين النتائج التي حصلنا عليها قبل وبعد التدوير، وهو ما يشير إلى أن مقياس المقامرة بأبعاده الأربعة ذو اتجاه أو قطب واحد.

ثالثاً: ثبات المقياس :

تعتمد طرق حساب ثبات نتائج المقاييس النفسية اعتماداً مباشراً على فكرة معاملات الارتباط، بإعتبار أن الثبات يعنى أنه إذا طبق مقياس على مجموعة من الأفراد، ورصدت درجات كل فرد فى هذا المقياس ثم أعيد إجراء نفس المقياس على نفس المجموعة، وفى نفس الظروف ورصدت أيضاً درجات كل فرد، فإن الترتيب النسبى للأفراد يكون قريباً لترتيبهم النسبى فى المرة الثانية (فؤاد البهى السيد، ١٩٧٩، ٥١٨).

وقد إستخدم الباحث لحساب ثبات مقياس المقامرة طريقتين هما :

١ - طريقة إعادة تطبيق الاختبار :

حيث تم تطبيق مقياس المقامرة على عينة قوامها (١٠٠) من الذكور، وبعد خمسة عشر يوماً، أعيد التطبيق مرة ثانية على نفس الأفراد، وتحت نفس الظروف وتم حساب معامل ثبات كل بعد من الأبعاد الأربعة المكونة للمقياس وذلك بعد حساب معاملات الارتباط بين التطبيق الأول، والثانى لكل بعد على حده، كما يتضح فى الجدول التالى:

جدول (١٧)

يوضح معاملات الثبات للأبعاد الأربعة لمقياس المقامرة
بطريقة إعادة تطبيق الاختيار حيث (ن = ١٠٠)

أبعاد المقياس	معامل الارتباط بين التطبيق الأول والثاني	معامل الثبات	مستوى الدلالة
الاستجابة النفسية الاجتماعية	٨٣ر	٩١ر	٠.١
الاستجابة الاقتصادية	٨١ر	٩٠ر	٠.١
الاستجابة الشخصية	٨٤ر	٩١ر	٠.١
شدة الاستجابة	٨٦ر	٩٢ر	٠.١

يتضح من الجدول السابق أن جميع معاملات الثبات للأبعاد الأربعة لمقياس المقامرة
بطريقة إعادة تطبيق الاختيار، دالة إحصائياً عند مستوى ٠.١

٢- طريقة التجزئة النصفية :

تعتبر هذه الطريقة أكثر طرق ثبات الاختبار استخداماً، ويرجع السبب في ذلك إلى أنها
تتلافى عيوب الطرق الأخرى، مثل إعادة تطبيق الاختبار (رمزية الغريب، ١٩٧٧، ٦٥٧). ومن
هنا فقد تم تجزئة كل بعد من الأبعاد الأربعة المكونة لمقياس المقامرة إلى نصفين، العبارات
الفردية مقابل العبارات الزوجية، وإعتمدنا في ذلك على تساوى عدد العبارات في كل جزء من
الجزئين لكل بعد من الأبعاد الأربعة وتم حساب معامل ثبات كل بعد من الأبعاد الأربعة المكونة
للمقياس وذلك بعد حساب معامل الارتباط بين العبارات الفردية والعبارات الزوجية داخل كل
بعد على حدة وذلك باستخدام معادلة سبيرمان - براون كما يتضح في الجدول التالي:

جدول (١٨)

يوضح معاملات الثبات للأبعاد الأربعة لمقياس المقامرة

بطريقة التجزئة النصفية حيث (ن = ١٠٠)

أبعاد المقياس	معامل الارتباط بين التطبيق الأول والثاني	معامل الثبات	مستوى الدلالة
الاستجابة النفسية الاجتماعية	٧٨ر	٨٨ر	٠.١
الاستجابة الاقتصادية	٧٦ر	٨٦ر	٠.١
الاستجابة الشخصية	٨٠ر	٨٩ر	٠.١
شدة الاستجابة	٨١ر	٩٠ر	٠.١

يتضح من الجدول السابق أن جميع معاملات الثبات للأبعاد الأربعة لمقياس المقامرة

بطريقة التجزئة النصفية دالة إحصائياً عند مستوى ٠.١ .

رابعاً : مقياس سلوك المخاطرة

(RTBS) / Risk Taking behavior scale / إعداد الباحث:

سلوك المخاطرة Risk-taking behavior من السلوكيات التي قد يفسرها البعض في إطار الشذوذ أو الخروج عن المألوف، وفي ضوء ذلك يُنظر للمُخاطر على أنه حليف التوتر الذي لا يحيا إلا بالعقبات، ولا يستقيم توافقه النفسى إلا بتخطى الحواجز ومواجهة المواقف الصادمة، والعيش مع المجهول، والعمل دائماً على تحقيق شئ يندى على قدرة الانسان العادى، ويرى المخاطر بذلك أنه إنسان حر، يتغلب على كل القيود، ويعلن عن نفسه فى براثن الموت، فهو يستمد قيمته من العيش على حافة البركان.

ويشير البعض إلى أن سلوك المخاطرة يرتبط ببعض الخصائص الشخصية كالسلوك المضاد للمجتمع، والمتمثل فى السلوك الاجرامى وعدم الإهتمام بالمعايير الاجتماعية، كما يرتبط هذا السلوك باضطراب التحكم فى الدفعات، وأن المُخاطر يندفع بباعث قهرى يحثه على الاتيان بأفعال خطيرة، هذا بالإضافة إلى أن المخاطرين يتميزن بوهم القدرة المطلقة، مما يجعل من الشجاعة لديهم عنصراً دافعاً فى الإتيان بسلوك المخاطرة (Blaszczynsk, A. et .al, 1997, p.75) (Vitaro, F.et .al. 1999. p. 565) فسلوك المخاطرة يعبر عن إشتهاء المثير ولذة الإثارة، ومن حيث أنه سلوك إرادى عقلانى نتائجه غير معروفة أو مضمونة، يصل فى الحالات المرضية إلى أن يصبح غاية فى حد ذاته وليس مجرد وسيلة.

والمُخاطر تتجمع فيه خصائص شخصية يصعب أن تجدها في أحد، فهو سريع التأثر، يخشى أن يداهمه الخوف، وهو إذ يخاطر يهاجم الخوف ويحتمى به حتى لا يخيفه، وحتى لا تتحكم فيه الظروف، والاقدار، فالخوف بالنسبة للمُخاطر ليس عيباً وإنما أسوأ ألف مرة من العيب، لذا يبدو فاعلاً أكثر منه متحدثاً، ويفعل أكثر مما يجرؤ عليه البشر العاديين، وقد يفقد فى سبيل ذلك الشعور بالراحة، إلا أنه يكتسب الشجاعة، وهو إذ يعيش فى خطر يرى أنه فى حاجة للمزيد، حتى يفعل ما يراه الآخرين مستحيلاً.

وغالبية المقاييس التي تناولت سلوك المخاطرة، تركز على إنتشار سلوك المخاطرة، كما أنها تتخذ من السلوك الإجرامى وسيلة لمقياس هذا السلوك، على إعتبار أن الجريمة تدخل ضمن سلوك المخاطرة (Edward. R, 1993, p.10) لكن سلوك المخاطرة يختلف إختلافاً كبيراً عن ذلك.

ومن أهداف الدراسة الحالية إعداد مقياس لسلوك المخاطرة - ففى حدود علم الباحث - لم يوجد فى البيئة العربية مقياس لسلوك المخاطرة، كما أن المقاييس الأجنبية تنظر إلى سلوك المخاطرة نظرة سلبية فقط، لكن هذا السلوك ينطوى على جانب إيجابى أيضاً لذا كان من الضرورى أن نقوم بإعداد مقياس لسلوك المخاطرة.

إجراءات تصميم المقياس:

قام الباحث بالاطلاع على الأطر النظرية السيكولوجية التى تناولت سلوك المخاطرة، ثم قام الباحث بجمع أكبر عدد من التعريفات الخاصة بسلوك المخاطرة ثم قام الباحث بعد ذلك بإجراء مقابلات غير مقننة ببعضها فردى، والآخرى جماعية، مع مجموعة من الأفراد الذين يتراوح أعمارهم من (١٨ : ٤٠) سنة، وذلك للتعرف على الأسباب التى تجعل الفرد يخاطر بنفسه، وما هى الدوافع وراء ذلك، وهل يشعر الفرد من وراء ذلك بلذة معينة؟ وهل الاثارة واشتهاء الاثارة هو ما يدفع الفرد لذلك، أم أن الفرد يخاطر بنفسه إذا كان تحت تأثير بعض الضغوط؟

ومن خلال ما سبق إستطاع الباحث أن يجرى تحليل المحتوى لكلاً من التعريفات التى حصل عليها وكذلك لمحتوى المقابلات مع بعض المفحوصين، وقام الباحث بعد ذلك باستخراج الأبعاد الأساسية التى جاءت فى تحليل المضمون، حتى يقوم بترتيبها من الأبعاد الأكثر تكراراً إلى الأقل تكراراً، وهكذا، وإتضح أن هناك ثلاثة أبعاد أساسية فى سلوك المخاطرة وهى:

١ - الرغبة فى الإثارة.

٢ - جذب الانتباه بالتفرد.

٣ - الاندفاعية.

وقد حصلت كلاً من هذه الأبعاد على تكرارات متباينة، لكنها تبدو شبه متساوية، إذ حصل البعد الأول «الرغبة فى الإثارة» على (١٧) تكرار، بينما حصل البعد الثانى «جذب الانتباه بالتفرد» على (١٦) تكرار، ثم حصل البعد الأخير «الاندفاعية» على (١٥) تكرار.

ويشير البعد الأول (الرغبة فى الإثارة) إلى أن سلوك المخاطرة لا يمثل وسيلة لغاية، بل إنه غاية فى حد ذاته، وهدف يسعى الفرد من أجله، أما البعد الثانى (جذب الانتباه بالتفرد) فيشير إلى رغبة الفرد فى عمل شئ جديد يلفت به إنتباه الآخرين، كنوع من الاستعراضية. ويشير البعد الثالث «الاندفاعية» إلى سرعة رد الفعل للمواقف وعدم التردد فى إتخاذ القرار وتطرف الاستجابة. هذا وقد إستبعد الباحث بعض الأبعاد التى لم يصل تكرارها إلى الحد المقبول وذلك مثل التحدى، البحث عن الأشياء الجديدة، والرغبة فى القضاء على الملل، والطموح، ورد الفعل.

وقام الباحث بتقسيم عبارات المقياس حتى تناسب كل بعد من الأبعاد الرئيسية الثلاثة، مراعىا الدقة المنهجية فى صياغة عبارات المقياس، من حيث سهولة العبارة، وأن تشمل على متغير واحد، وتكون قصيرة قدر الامكان، وتم تطبيق المقياس فى صورته الأولى للتأكد من قدرته على قياس سلوك المخاطرة، والتأكد من سلامة العبارات والألفاظ.

وفيما يتصل بوصف المقياس، يتكون مقياس سلوك المخاطرة من (٢٤) عبارة، تتناول ثلاثة أبعاد أساسية هى : الرغبة فى الإثارة، وجذب الانتباه بالتفرد، والاندفاعية، وكل بعد يشمل (٨) عبارات موزعة بصورة غير متساوية، ويتم الإجابة عن طريق الاختيار ما بين (نعم / لا) حيث يأخذ المفحوص (درجة) على الإجابة (بنعم) و (صفر) على الإجابة (لا). ويتم تصحيح المقياس بناء على الدرجة الكلية التائية، ويوصف الفرد بأنه مخاطر إذا حصل على (١٠) درجات خام فأكثر وما يقابلها من درجة تائية (٤٥).

ويوضح الجدول التالى أبعاد مقياس سلوك المخاطرة والعبارات المقابلة لكل بعد.

جدول (١٩)

يوضح أرقام عبارات الأبعاد الفرعية لمقياس سلوك المخاطرة

أرقام العبارات	الأبعاد
١ - ٤ - ٧ - ١٠ - ١٣ - ١٧ - ٢٠ - ٢٢	١ - الرغبة في الإثارة
٢ - ٦ - ٨ - ١١ - ١٤ - ١٦ - ١٩ - ٢٤	٢ - جذب الانتباه بالتفرد
٣ - ٥ - ٩ - ١٢ - ١٥ - ١٨ - ٢١ - ٢٣	٣ - الاندفاعية

وفيما يتصل بالضبط الإحصائي لمقياس سلوك المخاطرة، قام الباحث بحساب ما يلي :

١ - الدرجة التائية (المعيارية المعدلة)

٢ - حساب الصدق

٣ - حساب الثبات

أولاً: الدرجة التائية (المعيارية المعدلة)

قام الباحث بحساب الدرجات التائية الموزنة (المعيارية المعدلة) لمقياس سلوك المخاطرة،

وذلك على عينة تبلغ (١٠٠) مفحوص وإستخدم الباحث القانون التالي:

$$\text{الدرجة التائية} = ٥٠ + ١٠ \times \frac{س - م}{ع}$$

(فؤاد البهي السيد، ١٩٧٩، ١٩٢)

ثم قام الباحث بعد ذلك بحساب الصدق لمقياس سلوك المخاطرة، وهو ما يتضح فيما يلي.

ثانياً :الصدق العاملى :

جدول (٢٠)

يوضح مصفوفة الارتباط ودالاتها عند الطرف الواحد

Sig (1-tailed) of correlation Matrix

لمقياس سلوك المخاطرة للعينة الكلية حيث (ن = ١٠٠)

المصفوفة	أبعاد المقياس	الرغبة فى الإثارة	جذب الانتباه بالتفرد	الاندفاعية
الارتباط Correlation	الرغبة فى الاثارة جذب الانتباه بالتفرد الاندفاعية	٠.٩٦١ ٠.٧٦٦	٠.٧٧٦	—
دلالة الطرف الواحد معامل الارتباط Sig (1-tailed) of correlation	الرغبة فى الاثارة جذب الانتباه بالتفرد الاندفاعية	— ٠.٠٠٠ ٠.٠٠٠	— ٠.٠٠٠	—

يتضح من الجدول السابق أن معاملات الارتباط البينية للأبعاد الثلاثة لمقياس سلوك

المخاطرة بالنسبة للعينة الكلية (ن = ١٠٠) جاءت دالة إحصائياً عند مستوى ٠.١.

جدول (٢١)

يوضح مصفوفة ارتباط التداخلات بين الأبعاد

Inverse of correlation Matrix

لمقياس سلوك المخاطرة للعينة الكلية (ن = ١٠٠)

أبعاد	المقياس	معامل الارتباط بين التطبيق الأول والثاني	معامل الثبات	مستوى الدلالة
الرضا في الإثارة	١٣٢٣٨	١٣٧٤٧	٢٥٤٨	
جذب الانتباه بالتفرد	١٢١٩٥	١٣٢٦		
الاندفاعية	٦٧٨			

جدول (٢٢)

يوضح المصفوفات المعكوسة

Anti - Image Matrices

لمقياس سلوك المخاطرة للعينة الكلية (ن = ١٠٠)

المصفوفة	أبعاد	المقياس	الرضا في الإثارة	جذب الانتباه بالتفرد	الاندفاعية
التباين المعكوس Anti-Image Covariance	الرضا في الإثارة جذب الانتباه بالتفرد الاندفاعية	٠.٧٥٥٤ ٠.٦٧٠١ ٠.٢٠١١	٠.٧٧٧٤ ٠.٣٧٨٤	٣٩٢	
الارتباط المعكوس Anti- Image Correlation	الرضا في الإثارة جذب الانتباه بالتفرد الاندفاعية	٠.٦٤٥ ٠.٩٠٤ ٠.١١٧	٠.٦٣٨ ٠.٢٢٤	٩٤٩	

جدول (٢٣)

يوضح الأبعاد الطائفية للتحليل العاملي

Communalities of Factor Analysis

لمقياس سلوك المخاطرة للعينة الكلية حيث (ن = ١٠٠)

المجموع	الداخلية	أبعاد المقياس
٩٣٤ر	١٠٠ر	الرغبة في الإثارة
٩٤١ر	١٠٠ر	جذب الانتباه بالتفرد
٧٩٧ر	١٠٠ر	الاندفاعية

جدول (٢٤)

يوضح تفسير التباين الكلي

Toatal variance Explained

لمقياس سلوك المخاطرة للعينة الكلية حيث (ن = ١٠٠)

حاصل مجموع النسب التربيعية			قيم الارتباطات الداخلية			المصنوفة
مجموع النسب النئوية /	نسبة التباين %	الكلي	مجموع النسب النئوية /	نسبة التباين %	الكلي	الجزئية
٨٩٠.٦٩	٨٩٠.٦٩	٢٦٧٢	٨٩٠.٦٩	٨٩٠.٦٩	٢٦٧٢	١
			٩٨٧.٠٣	٩٦٣٤	٢٨٩	٢
			١٠٠.٠٠٠	١٢٩٧	٢٨٩١	٣

جدول (٢٥)

يوضح المصفوفة الجزئية

Component Matrix

لمقياس سلوك المخاطرة للعينة الكلية حيث (ن = ١٠٠)

المصفوفة الجزئية ١	أبعاد المقياس
٩٧٠ ر ٩٦٦ ر ١٨٩٣ ر	جذب الانتباه بالتفرد الرغبة فى الإثارة الاندفاعية

يتضح من الجدول السابق أن تشبعات الأبعاد الثلاثة لمقياس سلوك المخاطرة لدى العينة الكلية (ن = ١٠٠) مرتفعة بدرجة كبيرة، إذ أنها تزيد عن (٠.٣) لذا فهي دالة إحصائياً عند مستوى (٠.١) وهو ما يعنى أن أبعاد المقياس مرتبطة مع بعضها البعض ارتباطاً عالياً، وهو ما يشير إلى أن مقياس سلوك المخاطرة ذو اتجاه أو قطب واحد.

ومن ناحية أخرى فقد اتضح أن أكثر الأبعاد تشبعاً كان بُعد (جذب الانتباه بالتفرد) ثم بعد «الرغبة فى الإثارة» يليه بُعد «الاندفاعية».

جدول (٢٦)

يوضح مصفوفة الارتباطات الناتجة

Reproduced carrelation Matrix

لمقياس سلوك المخاطرة للعينة الكلية حيث (ن = ١٠٠)

المصفوفة	أبعاد المقياس	الرغبة فى الإثارة	جذب الانتباه بالتفرد	الاندفاعية
الارتباطات الناتجة Reproduced Correlation	الرغبة فى الإثارة جذب الانتباه بالتفرد الاندفاعية	٠.٩٣٤ ٠.٩٣٧ ٠.٨٦٣	٠.٩٤١ ٠.٨٦٦	٠.٧٩٧
البواقي Residual	الرغبة فى الإثارة جذب الانتباه بالتفرد الاندفاعية	— ٠.٢٢٥٨ ٠.٩٦٩٣	— ٠.٩٠٠١	—

لقد تم حساب البواقي ما بين معاملات الارتباط الأساسية وبين التي تم استخراجها فوجد أن هناك ٠.٦٦٪ من البواقي المتكررة كانت قيمتها المطلقة أكبر من ٠.٥.

وبعد تدوير المحاور بطريقة فارماكس Varimax of Rotated Factor Matrix لم يجد الباحث أى إختلاف بين النتائج التي حصلنا عليها قبل وبعد التدوير، وهو ما يشير إلى أن مقياس سلوك المخاطرة بأبعاده الثلاثة ذو اتجاه أو قطب واحد.

ثالثاً : ثبات المقياس : لحساب ثبات مقياس سلوك المخاطرة تم استخدام طريقتين هما :

١ - طريقة إعادة تطبيق الاختبار :

حيث تم تطبيق مقياس سلوك المخاطرة على عينة قوامها (١٠٠) من الذكور، وبعد خمسة عشر يوماً، أعيد التطبيق مرة ثانية على نفس الأفراد، وتحت نفس الظروف، وتم حساب معامل ثبات كل بعد من الأبعاد الثلاثة المكونة للمقياس وذلك بعد حساب معاملات الارتباط بين التطبيق الأول والثاني لكل بعد على حده كما يتضح فى الجدول التالى:

جدول (٢٧)

يوضح معاملات الثبات للأبعاد الثلاثة لمقياس سلوك المخاطرة

بطريقة إعادة تطبيق الاختبار حيث (ن = ١٠٠)

أبعاد المقياس	معامل الارتباط بين التطبيق الأول والثاني	معامل الثبات	مستوى الدلالة
الرغبة فى الإثارة	٨٤ر	٩١ر	٠١ر
جذب الانتباه بالتفرد	٨٠ر	٨٩ر	٠١ر
الاندفاعية	٨٢ر	٩٠ر	٠١ر

يتضح من الجدول السابق أن جميع معاملات الثبات للأبعاد الثلاثة لمقياس سلوك

المخاطرة بطريقة إعادة تطبيق الاختبار دالة إحصائياً عند مستوى ٠١ر.

٢- طريقة التجزئة النصفية :

لقد تم تجزئة كل بعد من الأبعاد الثلاثة المكونة لمقياس سلوك المخاطرة إلى نصفين، العبارات الفردية مقابل العبارات الزوجية، وإعتمدنا في ذلك على تساوى عدد العبارات في كل جزء من الجزئين لكل بعد من الأبعاد الثلاثة وتم حساب معامل ثبات كل بعد من الأبعاد الثلاثة المكونة للمقياس وذلك بعد حساب معامل الارتباط بين العبارات الفردية والعبارات الزوجية داخل كل بعد على حده ، وذلك باستخدام معادلة سبيرمان - براون كما يتضح في الجدول التالى:

جدول (٢٨)

يوضح معاملات الثبات للأبعاد الثلاثة لمقياس سلوك المخاطرة

بطريقة التجزئة النصفية حيث (ن = ١٠٠)

أبعاد المقياس	معامل الارتباط بين التطبيق الأول والثانى	معامل الثبات	مستوى الدلالة
الرغبة فى الإثارة	٠.٨٣	٠.٩١	٠.١
جذب الانتباه بالتفرد	٠.٨١	٠.٩٠	٠.١
الاندفاعية	٠.٨٠	٠.٨٩	٠.١

يتضح من الجدول السابق أن جميع معاملات الثبات للأبعاد الثلاثة لمقياس سلوك المخاطرة بطريقة التجزئة النصفية دالة إحصائياً عند مستوى ٠.١.

خامساً : ا مقياس لدفعات الغرزية الجزئية : إعداد / حسين سعد الدين (١٩٩٧):

يهدف هذا المقياس لمعالجة نواحي القصور الموجودة في إختبار الحاجات الكامنة (صلاح مخيمر، د.ت) بجانب المقياس المقنن للفرائز الجزئية (سامية القطان، ١٩٨١) فالمقياس الحالي، شبه إسقاطي، يتكون من (٨٠) عبارة تقيس أربعة أبعاد هي : النظرية - الاستعراضية - السادية - المازوخية، وذلك بواقع (٢٠) عبارة لكل بعد من هذه الأبعاد، وقد صيغت هذه العبارات صياغة عامية كي تصلح في التعامل مع الثقافات المتباينة في المجتمع، وذلك لسبرغور نزعات غرزية لا يخلو منها الانسان وتلعب دوراً أساسياً في الأمراض والانحرافات، وفيما يتصل بثبات المقياس، فقد قام معد المقياس بحساب الثبات بعدة طرق تمثلت في طريقة إعادة تطبيق الاختبار، وذلك على عينة قوامها (١٠٠) فرد بواقع (٥٠) ذكورا و(٥٠) إناثا، وذلك بفواصل زمنية مقداره شهر بين التطبيق الأول والثاني، وكانت معاملات الثبات للأبعاد الأربعة ، دالة عند مستوى ٠.١ كما إستخدمت طريقة التجزئة النصفية، وذلك عن طريق حساب معامل الثبات بين العبارات الفردية والزوجية لكل بعد من الأبعاد الأربعة على حدة، وذلك بعد معرفة معامل الارتباط للعبارات الفردية في مقابل العبارات الزوجية داخل البعد الواحد، باستخدام معادلة سيبرمان - براون، وقد أشارت النتائج أن لجميع معاملات الثبات بهذه الطريقة كانت دالة عند مستوى ٠.١ وفيما يتصل بصدق المقياس إتبع معد المقياس الآتي:

حرص معهد المقياس على تطبيق كل معايير الصدق التي تمثلت في الصدق الوصفي بالأبعاد الثلاثة له (الصدق الفرضي، الصدق السطحي، الصدق المنطقي) حيث إتصل إسم المقياس بمضمونه، إذ أنه يقيس النزعات الغرزية الجزئية (الصدق الفرضي) كما أن المظهر العام للمقياس يتسم بالوضوح وبمناسبته للمختبرين وبخاصة بعد تحويل عباراته إلى العامية (الصدق السطحي، ومن ناحية ثالثة، قام المقياس في صميمه على مفاهيم التحليل النفسي، وكانت عباراته بذاتها قد إعتمدت على أبعاد أربعة للنزعات الغرزية الجزئية التي أشار إليها جمهوره المحللين النفسيين (الصدق المنطقي) وفي هذا السبيل لم يكتفى معد المقياس بحثه الكلينيكي وفهمه للتحليل النفسي للفرائز الجزئية التي قامت على أساسها العبارات العشرون

لكل بعد، فقد لجأ أيضاً إلى أربعة من المحكمين المشتغلين بالميدان وذوى الإتجاه التحليلي النفسى، وذلك لاستبعاد بعض العبارات بما لا يجمع المحكمون الأربعة عليها، وفيما يتصل بالصدق الاحصائي إتبع معد المقياس ما يلى :

قام معد المقياس بحساب الصدق الذاتى وذلك عن طريق حساب الجذر التربيعى لمعامل الثبات للابعاد الأربعة المكونة للمقياس وكانت جميعها دالة عند مستوى ٠.٠١ كما قام بحساب الصدق بطريقة الاتساق الداخلى، وكانت جميع معاملات الارتباط الداخلية بين الابعاد الأربعة دالة عند مستوى ٠.٠١ ومن ناحية ثالثة قام معد المقياس بحساب صدق المحك من خلال تطبيقه للمقياس على عينة ممثلة للمجتمع، ثم حساب معامل الارتباط بين درجاتهم على العبارات الجديدة التى أضافها والتى تبدأ من العبارة (٤١ : ٨٠) ودرجاتهم على العبارات القديمة والمتمثلة فى عبارات المقياس المقنن للفرائز الجزئية (سامية القطان، ١٩٨١) وفى إختبار الحاجات الكامنة (صلاح مخيمر، د.ت) والتى تبدأ عباراته من العبارة (١) إلى العبارة (٤٠)، وذلك بعد إعادة صياغتها باللغة العامية وقد جاءت نتائج معاملات الارتباط للابعاد الأربعة طبقا لمعادلة سبيرمان - براون للتجزئة النصفية دالة عند مستوى ٠.٠١ وفيما يتصل بتصحيح المقياس فقد تراوحت الدرجات الخام لكل بعد على حدة من (صفر : ٤٠) درجة خام وذلك حسب إستجابة المفحوص على كل عبارة حيث يوجد إستجابات تحصل على (درجتين) وأخرى تحصل على (درجة واحدة) وثالثة تحصل على (صفر).

وبالرغم من وضوح ثبات وصدق المقياس، إلا أن معد المقياس قام بتطبيقه على عينة قوامها (٥٤٥) بواقع (٢٧٠) من الذكور و (٢٧٥) من الإناث، يمثلون المستويات التعليمية بكافة أشكالها ممن تتراوح أعمارهم الزمنية ما بين (١٦ - ٦١) سنة، وذلك لحساب الدرجات التائية المقابلة للدرجات الخام لكل بعد على حدة، واضعا فى الإعتبار أن تكون هناك جداول خاصة بالذكور وأخرى خاصة بالإناث، وذلك حتى يستطيع أى باحث أن يستخدم هذا المقياس وأن يقيم وزنا معيارياً للدرجات الخام التي يحصل عليها أى فرد فى عينة بحثه.

ثانياً : أدوات الدراسة الكلينيكية،

أولاً، المقابلة الكلينيكية

المقابلة الكلينيكية من أهم أدوات البحث، لأنها تجمع بين الملاحظة واستمارة البحث، مما يجعلها أداة هامة في البحث بعامة، وفي المراحل التمهيدية بصفة خاصة، للكشف عن الأبعاد الهامة لمشكلة الدراسة، وتنمية الفروض، وبذلك توضح ما هو غامض وتفسر ما هو صعب، لذا تعد المقابلة الكلينيكية من أهم وسائل جمع البيانات وأكثرها شيوعاً نظراً لميزاتها المتعددة ولرونيتها، وإن كانت تختلف في أهميتها ونوعيتها بحسب المنهج والطريقة المستخدمة، ويتوقف نجاحها على مستوى التخطيط لها من جهة وعلى الكيفية التي تُتبع في تسجيل المعلومات والبيانات التي تسفر عنها هذه المقابلة من جهة أخرى، فالمقابلة تهيئ الفرصة أمام الكلينيكي للقيام بدراسة متكاملة للحالة عن طريق المحادثة المباشرة وتفهم العميل والتأكد من صدق بعض الانطباعات والفروض التي يصل إليها عن طريق الأدوات التشخيصية الأخرى، وهو أمر ضروري للتوصل إلى الصياغات التشخيصية (لويس كامل مليكة، ١٩٧٧، ٦٥).

وعلى الرغم من أن المقابلة ليست إختباراً مقنناً، إلا أنها في الوقت نفسه أداة سيكومترية لجمع المعلومات، ولها طابع الاختبار ويجب أن نشير هنا إلى أن نجاح المقابلة لا يتوقف على كم المعطيات التي تم الوصول إليها، ولكن يعتمد على مقدار الثقة والصدق في تلك المعطيات (Groth, M, 1990, p. 64) وألا يقف الباحث عند استقصاء تاريخ الحالة فحسب، بل إقامة تواصل ملزم أو علاقة حميمة Rapport هي حتم لا بد منه بلوغاً للعلاقة الطرحية ومادماً نهتم بالبصيرة الكلينيكية والامساك بدلالات تتسلل من اللاشعور إلى المنطوق، تم استخدام المقابلة الطليقة التي تسمح بجمع معلومات أكثر ثراء، كالمعلومات التي يمكن أن تكشف عنها ذلات اللسان والأحلام والتداعيات الحرة (حسين عبد القادر، حسين سعد الدين، ١٩٩٤، ١٠). ومن أجل ذلك إهتم الباحث باستخدام المقابلة ذات رؤوس الموضوعات الهادية من حيث مفرداتها التي تشمل على :

المرض الحالي، الشكوى الحالية للمفحوص، وأسرته، وطفولته، وسنوات التعليم، وعمله، ومكان الإقامة، والحوادث والأمراض التي تعرض لها المفحوص، والحقل الجنسي، والعادات

والمعتقدات، واتجاهه من أسرته، واتجاهه من المرض الحالى، وكذلك الأحلام المتكررة (سامية القطان، ١٩٨٠، ٧٠)؛

ويرى الباحث أنه لا بد أن يضع القائم بالمقابلة بعض الشروط المسبقة فى ذهنه قبل إجراء المقابلة، فلا بد أن يحدد الهدف من المقابلة وما ينبغى أن يدور حوله الحوار فى المقابلة، وهل لديه من القدرات العلمية، والمنهجية لتفسير وتحليل البيانات التى حصل عليها من خلال مقابلاته، وأن يتغلب على كافة الصعوبات المنهجية فى المقابلة والتى أهمها، أن يحول كل البيانات التى يحصل عليها من وقائع Facts إلى حقائق truth .

الطريقة العلاجية المستخدمة فى الدراسة:

جماعات الحوار Encounter Groups

جماعات الحوار، هى أحد طرق العلاج النفسى الجماعى، والتى كان لها تأثيرها الكبير فى الستينيات والسبعينيات من القرن العشرين، حتى كانت أكثر الطرق العلاجية فاعلية، ويقول عنها كارل روجرز، أنها واحدة من التطورات المثيرة فى عصرنا، وهى أكثر المبتكرات المعاصرة نجاحاً، والتى تتناول مشاعر عدم الواقعية - واللاشخصية (على كمال، ١٩٩٤، ٣٦٩-٣٧٠) فهى فى رأيه، أعظم اختراع شاع فى هذا القرن، بل لعلها اقوى إختراع على الإطلاق وستظل هذه الجماعات باقية طالما وجد إنسان على ظهر هذا الكوكب (لطفي فطيم، ١٩٩٤، ٤٥-٤٦) فهى أفضل وسيلة لاقامة نوع من الاتصال بين الأفراد، بقدرما تعد أفضل طرق المقابلة، كما أنها تركز على التفاعلات الاجتماعية للعلاقات الشخصية، مما يساعد على إزالة القيود والحواجز النفسية والعمليات الدفاعية لكل فرد من أفراد الجماعة دون ضغط من المعالج، وإن كان يحتاج لنوع من المساعدة لى يكون تلقائياً (Spoitnity, H. 1972, p. 52) وتقوم طريقة (جماعات الحوار) على مجموعة من الاسس النفسية والاجتماعية هى كما يلي :

- التعرف على اللاشعور ما أمكن، حيث يؤدى وجود المريض بين المرضى الآخرين على الاقتناع بأنه ليس وحده هو الشاذ وأنه ليس مختلفاً عن الآخرين وأن المشكلات النفسية تدخل ضمن الصعوبات العامة التى تواجه الناس جميعاً .

- التخفف من مقاومة المريض للحدث عن مشكلاته التي قد لا يبوح بها أو يناقشها في جلسات العلاج الفردي، وذلك عندما يكتشف أن غيره من أعضاء الجماعة يشاركونه نفس المشكلات ويفضل هنا أن تبدأ المسألة العلاجية بمناقشة عامة وغير موجهة وغير شخصية ندرج بعد اطمئنان المرضى إلى مشاركة أقرانهم لهم في مشكلاتهم إلى الحديث عن أنفسهم وتناول مشكلات الشخصية بالتفصيل.

- التفريغ الانفعالي وتكوين علاقات إجتماعية جديدة، حيث يجد المريض في المعالج وأعضاء الجماعة سنداً وجدانياً ومجالاً لتفريغ شحناته الانفعالية وحيث تهى له الجماعة مجالاً تتأثر فيه نظرتة إلى الناس والمجتمع، ويكتسب فيه القدرة على تكوين علاقات إجتماعية جديدة ومثمرة.

التوافق الاجتماعي: حيث يميل كل عضو من أعضاء الجماعة، حرصاً منه على إشباع جوعه الاجتماعي، إلى أن يتخفف من أنانيته وتركزه حول ذاته، وأن ينتظم مع الجماعة حتى يظفر منها بالقبول والتقدير، ويشبع حاجاته إلى الانتماء وعضوية الجماعة، وهنا تكفل الجماعة العلاجية إمداد الأعضاء بالخبرات التي تفيد في تعليمهم أو إعادة تعليمهم الوسائل المفيدة في التوافق الاجتماعي.

- الاستبصار الجديد، حيث تهى الجماعة الجديدة للمريض رؤية جديدة لنفسه ولشكاته، إذ تعتبر الجماعة بمثابة مرآة يرى فيها نفسه كما يرى فيها غيره

(حامد زهران، ١٩٧٨، ٢٠٩ - ٢١٠).

الاسلوب الاحصائي المستخدم :

للتحقق من صحة فروض الدراسة، يستخدم الباحث الأساليب الإحصائية التالية:

$$\text{الدرجة التائية} = \frac{\text{القيمة} - \text{المتوسط الحسابي}}{\text{الانحراف المعياري}} \times 10 + 50$$

- معامل ارتباط بيرسون لحساب ثبات المقاييس المستخدمة في الدراسة

$$r = \frac{n \text{ مـ س ص} - \text{مـ س} \times \text{مـ ص}}{\sqrt{[n \text{ مـ س} - 2] \times [n \text{ مـ ص} - 2]}}$$

$$\text{معامل الثبات بطريقة سبيرمان - وبراون} = \frac{r \times 2}{r + 1}$$

- إختبار (ت) T. test لحساب دلالة الفروق بين المتوسطات لدرجات مجموعتي الدراسة، وحيث أن المجموعتين متساويتين من حيث العدد، فقد استخدم الباحث القانون التالي:

$$\frac{\frac{1 \text{ م} - 2 \text{ م}}{\sqrt{\frac{1 \text{ ع} + 2 \text{ ع}}{2}}}}{n - 1} \quad \text{درجة الحرية} = 2 - n$$

كما قام الباحث باستخدام القانون الثالث لاختيار (ت) لمعرفة فاعلية البرنامج العلاجي المستخدم في الدراسة لعلاج المقامرين، وهو ما يلي:

$$t = \frac{\frac{f}{\sqrt{\frac{1 - n}{n}}}}{\frac{1 \text{ ع} - 2 \text{ ع}}{\sqrt{\frac{1 \text{ ع} + 2 \text{ ع}}{2}}}} \quad \text{نسبة (ف) لحساب التجانس بين مجموعتي الدراسة}$$

(فؤاد البهي السيد، ١٩٧٩).

- التحليل العاملي باستخدام نظام S.P.S.S بالكمبيوتر

الفصل الخامس

النتائج ومناقشتها

أولاً : بالنسبة للدراسة التجريبية
ثانياً : بالنسبة للدراسة الكلينيكية

الفصل الخامس

النتائج ومناقشتها

أولاً : بالنسبة للدراسة التجريبية
ثانياً : بالنسبة للدراسة الكلينيكية

الفصل الخامس

النتائج ومناقشتها

أولاً : بالنسبة للدراسة التجريبية
ثانياً : بالنسبة للدراسة الكلينية

النتائج ومناقشتها

أولاً: بالنسبة للدراسة التجريبية :

الفرض الأول :

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المقامرين وغير المقامرين على مقياس سلوك المخاطرة في اتجاه إرتفاع سلوك المخاطرة لدى المقامرين .

وللتحقق من صحة هذا الفرض، قام الباحث باتباع الخطوات التالية :

١- حساب قيم متوسطات الدرجات والانحرافات المعيارية التي حصل عليها مجموعة المقامرين المرضى على مقياس سلوك المخاطرة، حيث (ن=٣٠)، والتي حصل عليها مجموعة غير المقامرين على نفس المقياس، حيث (ن=٣٠)، ويتضح ذلك من الجدول التالي :

جدول (٢٩)

يوضح فروق المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات مقياس

سلوك المخاطرة لدى مجموعتي الدراسة

سلوك المخاطرة مجموعة	المتوسطات الحسابية	الانحرافات المعيارية
المقامرين	٦٠,٤٦	٤,٥٨
غير المقامرين	٤١,٢٣	٨,١٨

يتضح من الجدول السابق أن متوسطات درجات المقامرين أكبر من متوسطات درجات غير المقامرين، وذلك على مقياس سلوك المخاطرة .

٢- كما قام الباحث بحساب الفروق بين متوسطات درجات مجموعتي الدراسة بالنسبة لمقياس سلوك المخاطرة باستخدام إختبار (ت)، ويتضح ذلك من الجدول التالي :

جدول (٣٠)

يوضح المتوسط الحسابي والانحراف المعياري ودلالة الفروق

باستخدام اختبار (ت) لمجموعتي الدراسة على مقياس سلوك المخاطرة

مستوى الدلالة	قيمة (ت)	غير المقامرين		المقامرين		العينة المقياس
		الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	
٠.١	١١.٠٥	٨.١٨	٤١.٢٣	٤.٥٨	٦٠.٤٦	سلوك المخاطرة

يتضح من الجدول السابق وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المقامرين وغير المقامرين على مقياس سلوك المخاطرة، حيث جاءت قيمة (ت) دالة إحصائية عند مستوى (٠.١)، مما يعنى إرتفاع سلوك المخاطرة لدى عينة المقامرين .

تفسير نتيجة الفرض الأول

توضح نتيجة الفرض الأول أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المقامرين وغير المقامرين على مقياس سلوك المخاطرة فى اتجاه إرتفاع سلوك المخاطرة لدى المقامرين، حيث كانت قيمة (ت) (١١,٠٥) دالة إحصائياً عند مستوى (٠.١) .

ويمكن تفسير ذلك بأن سلوك المخاطرة والمقامرة قد يعبران عن شئ واحد، حتى أنه لا يمكن أن نتصور مقامرة دون مخاطرة، وكأن القاعدة الأساسية فى المقامرة أن يترك كل مقامر وراء ظهرة الراحة والطمأنينة، وينظر بعين الاعتبار إلى المجاذبة والصراع والسعى الدائم وراء السلوكيات غير المضمونة . والسبب فى ذلك أن البنية السيكلوجية للمقامر تختلف لدرجة كبيرة عن كثير من البنيويات النفسية، فهو يحقق التوافق النفسى بالإثارة وتحدى الأقدار، ويسارع ليحتمى بالقلق حتى يقضى على ما بداخله من خوف، فهو يخاطر حتى لا تتحكم فيه الأقدار، ويهزم مشاعر الخوف بداخله، وفى ذلك إعتقاد خاطئ ومريض، حيث يرى المقامر أن

سلوك المخاطرة يجعله أكثر شجاعة، وكأن المقامر لا يجد ذاته إلا وهي مضیعة على حافة الخطر. والمقامر يخاطر بنفسه لأنه يرغب فى تحدى كل شىء، حتى الأقدار يتحداها، ولا يرغب أن يكون موقعه بالنسبة لها «مفعول به» بل يود أن يكون هو الفاعل، وهذا ما يجعله يقدم على شتى الأفعال التى يتجنبها الآخرون، دون تفكير بالنتائج، ودون أى تردد، وذلك لأن قرار المخاطرة لدى المقامر، قرار محسوم، لا يخضع للتردد أو التراجع، فما يطمع فيه المقامر لا يمكن أن يتحقق إلا من خلال فعل جنونى وليس من خلال سلوك عادى .

وقد تصل المخاطرة لدى المقامر لأعنف صورها المرضية، عندما يصبح الهدف من ممارسة المخاطرة، هو فقط الحصول على الإثارة، إذ تصبح المخاطرة هدفاً وليس وسيلة لتحقيق أهداف أخرى، وهو ما يبدو لدى المقامر المرضى، وقد أشار (لاينج) إلى أن سلوك المخاطرة قد يشمل بعض الجوانب المرضية التى تجعل من الإثارة والتنبيه والحكم فى الموضوعات، الهدف الأساسى من وراء هذا السلوك. (Lyng, S. 1993, p.2)

وفى هذا السياق يشير (كامبل) إلى أن بعض الأفراد مُحبى المخاطرة قد تكون لديهم صعوبات إنفعالية أو اضطرابات نفسية (Campbell, R. 1989, p.642) ويرى (زوكمان) أن بعض المقامرين يرغب فى سلوك المخاطرة، لأنه سلوك غير مألوف ومعقد، وأن الطبيعة النفسية للمقامر ترغب دائماً فى الاتيان بالأفعال الشاذة والغريبة. (Zuckerman, M. 1979, p.10) لذا يرى (إدوارد) أن المقامرة هى الشكل الحقيقى للمخاطرة. (Edward, R. 1993, p.4) فيقول (ويلسون): "حنىما تكون مقامراً، لابد أن تكون مخاطراً، حتى تعطيك المخاطرة القدرة على إدراك جميع الاحتمالات للنتائج . (Wilson, M. & Daly, M. 1993, p.13) وقد تكون الاجابة الصحيحة للسؤال التقليدى: لماذا يقامر الناس؟ أنه من أجل المخاطرة والبحث عن الإثارة، ويبالغ بعض الباحثين لاطهار العلاقة بين سلوك المقامرة وسلوك المخاطرة، للدرجة التى يقول فيها أن سلوك المخاطرة لدى المقامرين لا تحكمه فقط عوامل نفسية أو اجتماعية، بل عوامل بيولوجية وعصبية أيضاً.

(Walker, M. 1995, p. 140)

ويوضح الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع (DSM. Iv) أن المقامر المرضى يمارس المقامرة بحثاً عن الإثارة والتشويق وحب الخطر، أكثر مما يبحث عن المال، وفي بعض الأحيان نرى المقامر المرضى يكثر من ممارسة المقامرة رغم هزيمته أو حصوله على الفوز، ويرجع ذلك لأن هذا المقامر يرى أنه لم يصل بعد إلى الإثارة المطلوبة، وهذا ما يجعله لا يتوقف سواء في حالة المكسب أما الخسارة . (American Psychiatric Association. 1994)

إن الدراسات النفسية للمقامرة ، تشير غالبيتها- إن لم يكن كلها- إلى أن هناك علاقة قوية بين سلوك المخاطرة والمقامرة، فيرى (زوكرمان وكولمان) أن سلوك المخاطرة هو الدافع الاساسى للمقامرة، وأن لسلوك المخاطرة أساس نفسى وآخر فسيولوجى .

(Zuckerman, M. &Kuhlman, D. 2000)

ويشير (شافر) وزملاءه إلى أن هناك علاقة طردية بين سلوك المقامرة وسلوك المخاطرة، فكلما ازداد سلوك المقامرة، كلما ازدادت معه سلوك المخاطرة. (Shaffer, H. et al (1999). وإذا كان بعض الباحثين أمثال (زوكرمان وكولمان) يؤكدون على أن سلوك المخاطرة لدى المقامرين له أساس فسيولوجى بجانب العامل النفسى، إلا أن (شميت) وآخرون يؤكدون على علاقة سلوك المخاطرة بالمقامرة، ولكن من الناحية النفسية فقط، وهم لا ينكرون أن سلوك المخاطرة لدى المقامر يثير عمليات فسيولوجية مثل إرتفاع ضغط الدم، لكن ليس هناك أساس فسيولوجى يثير سلوك المخاطرة، الذى هو فى الأساس سلوك إختيارى .

(Schmitt, W. et al. 1999)

ويرى (فيتارو) وآخرون أن المقامر مخاطر لأن لديه إضطراب فى التحكم فى الدفعات (Vitaro, F. et al. 1999) كما يشير (باول) وآخرون إلى أن المقامر ينظر للمخاطرة على أنها نوع من تأكيد الذات والاعتداء بالنفس، وأن المخاطرة سمة ذكرية أكثر منها سمة أنثوية لذا تكثر المقامرة بين الذكور عن الإناث (Powell, J. et al. 1999) ويربط (ليجوكس) وآخرون بين إرتفاع معدلات المخاطرة لدى المقامرين وبين عوامل أخرى مثل إدمان الكحوليات وإضطراب التحكم فى الدفعات . (Lejoyeux. et al. 1998)

ويشير (ستيل وبلاذنكسى) إلى أن إرتفاع معدلات سلوك المخاطرة لدى المقامر يعبر عن اضطراب نفسى (Steel, Z.& Blaszczynski, A. 1998) كما أوضح (برويموس) وآخرون ذلك، بالإضافة إلى أن سلوك المخاطرة هو الذى يحدد ما إذا كانت المقامرة مرضية أو للتسلية فقط . (Proimos. J. et al. 1998)

ويوضح (دايكسون) وآخرون أن المقامرة ترتبط بالمخاطرة، وأن سلوك المخاطرة يحدث فى الحالة التى تكون فيها المقامرة معتمدة على الحظ والفرصة أكثر من إعتمادها على المهارة. وبعض المقامرين المرضيين يعتقدون أن بمقدورهم التقلب على عوامل الفرصة والحظ عن طريق التدريب، وهو ما يعرف بوهم القدرة المطلقة، الذى يرتبط ارتباطاً دالاً بالمخاطرة لدى المقامر، فكما إرتفع وهم القدرة المطلقة، كلما إرتفع معه سلوك المخاطرة . (Dixon, M. et al. 1998) . وقد تصل درجة المخاطرة لدى المقامر إلى أنه يقوم بأفعال لا تقتصر على ذاته فقط، بل تشمل أنشطة مضادة للمجتمع . (Stinchfield, R. et al. 1997)

ويرى (ميللر وبايرن) أن سلوك المخاطرة يرتفع لدى المقامرين كلما كانت أنشطة المقامرة تعتمد على الحظ والصدفة أكثر مما تعتمد على المهارة، إذ أن المهارة تقلل من درجة الإثارة لكونها نشاط معروف لدرجة ما نتيجه أما الحظ والفرصة، فهى أنشطة غامضة مجهولة النتيجة، فتكون المخاطرة والإثارة فيها أكبر . (Miller, D. & Byrnes, j. 1997)

ويذكر (فيتارو) وآخرون أن سلوك المخاطرة فى علاقتة بالمقامرة، لا يتضح فى المراحل المبكر من ممارسة المقامرة، بقدر ما يتضح فى المراحل المتأخرة، هذا بالإضافة إلى أن الاندفاعية قد تتحول إلى سلوك للمخاطرة. (Vitaro, F. & et. al. 1997)

ويرى (فولبيرج) وآخرون أن سلوك المخاطرة لدى المقامر، ينبع من إنخفاض تقدير الذات، والمقامر هنا يقحم ذاته فى أعمال خطيرة، حتى يحصل على تقدير الذات من الآخرين . (Volberg, R. et al. 1997)

الفرض الثانى

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المقامرين وغير المقامرين على مقياس الدفعات الغريزية الجزئية، فى إتجاه إرتفاع الدفعات الغريزية الجزئية لدى المقامرين .

وينقسم هذا الفرض لأربع فروض فرعية تتمثل فيما يلى :

١ - توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المقامرين وغير المقامرين على بُعد النظارية، فى إتجاه إرتفاع النظارية لدى المقامرين .

وللتحقق من صحة الفرض الفرعى (١) المنشق من الفرض الثانى، قام الباحث باتباع الخطوات التالية .

١- حساب قيم متوسطات الدرجات والانحرافات المعيارية التى حصل عليها مجموعة المقامرين المرضى على بُعد النظارية، حيث (ن=٣٠)، والتى حصل عليها أيضاً غير المقامرين على نفس البُعد، حيث (ن=٣٠) ويتضح ذلك من الجدول التالى :

جدول (٣١)

يوضح فروق المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية

لدرجات بُعد النظارية لدى مجموعتى الدراسة

الانحرافات المعيارية	المتوسطات الحسابية	النظارية مجموعة
٣ر١٥	٥٤ر٤٣	المقامرين
٥ر٢٣	٤٧ر٥٣٠	غير المقامرين

٢- كما قام الباحث بحساب الفروق بين المتوسطات لدرجات مجموعتى الدراسة بالنسبة لبُعد النظارية، وذلك باستخدام إختبار (ت)، ويتضح ذلك من الجدول التالى .

جدول (٣٢)

يوضح المتوسط الحسابي والانحراف المعياري ودلالة الفروق باستخدام
إختبار (ت) لمجموعتي الدراسة على بُعد النظارية

مستوى الدلالة	قيمة (ت)	غير المقامرين		المقامرين		العينة البُعد
		المستوى الحسابي	الانحراف المعياري	الانحراف المعياري	المستوى الحسابي	
٠.١	٦١٠	٢٣هـ	٤٧ر٥٣	٣١٥	٥٤ر٤٣	النظارية

يتضح من الجدول السابق وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المقامرين وغير المقامرين على بُعد النظارية، حيث كانت قيمة (ت) دالة إحصائية عند مستوى (٠.١) مما يعنى إرتفاع النظارية لدى مجموعة المقامرين .

تفسير الفرض الفرعى (أ) المشتق من الفرض الثانى :

توضح نتيجة الفرض الفرعى (أ) والمشتق من الفرض الثانى، أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المقامرين وغير المقامرين على بُعد النظارية، فى إتجاه إرتفاع النظارية لدى المقامرين، حيث كانت قيمة (ت) = (٦١٠) دالة إحصائياً عند مستوى (٠.١).

ويمكن تفسير ذلك بأن النظارية وإستراق النظر، من أهم العمليات لدى المقامر، سواء كان ذلك أثناء ممارسة المقامرة أو فى الحياة اليومية، فعن طريق إستراق النظر يستطيع المقامر أن يحقق فوزاً مضموناً يعفيه مشقة التفكير، فمن خلال النظر يستطيع المقامر أن يكون أقدر على التنبؤ والفهم. وكلما كانت لدى المقامر المهارة فى النظارية، كلما كان أكثر فوزاً، وكأن إستراق النظر أصبح من المهارات الأساسية فى المقامرة، والتى لا ينظر لها المقامر على أنها نوع من المقصود إلا (أثناء اللعب)، لكنه فى مستوى آخر، ينظر إليها (بعد اللعب) على أنها مهارة يفتخر بها .

وتبدو أهمية النظارية وسرقة النظر لدى المقامر، أثناء الممارسة الجماعية للمقامرة، إذا

يعتمد الفوز لدرجة كبيرة على إستراق النظر من الفريق الآخر كما يعتمد أيضاً على معرفة أعضاء الفريق الواحد لأوراقه، ولا يتم ذلك إلا من خلال تفسير الحركات والایمات وفك الرموز والشفرات من خلال نظرات سرية واتصال غير لفظي يعتمد كلية على إستراق النظر، أو ما يطلق عليه الباحث «اللغة الصامتة» Silent language .

وترتفع معدلات النظارية لدى المقامرين عن غير المقامرين، لأنها ربما تنتقل من الموائد الخضر إلى الحياة اليومية، فتصبح خاصية أساسية من خصائص المقامر، فتجده دائماً يحاول أن يكشف أسرار الآخرين ويتحسس ويتلصص عليهم، سواء كان ذلك يخدم مصالحه أو لا يخدمها، وكأنما هو يحاول أن يجد نفسه بالبحث عنها خارج حدود الذات، وهو بحث شاذ مريض، وربما كان المقامر أكثر نظارية لأن إستراق النظر يؤدي لنوع من الإثارة والتشويق، وهو ما يبحث عنه كثير من المقامرين المرضى الذين يرون أن إستراق النظر في بعض الأحيان، يكون وسيلة وغاية معاً، فالمقامر قد ينظر من أجل النظر، وربما يصل الأمر لحد القهر الذي لا يجد المقامر منه مفر، فتجده مدفوعاً لسرقة النظر سواء كان ذلك في أثناء المقامرة أو في الحياة اليومية، وما يدل على ذلك أن بعض المقامرين أثناء ممارسة المقامرة، قد يملك من أوراق اللعب ما يمكنه من الفوز بسهولة، إلا أنه مع ذلك يجد نفسه مدفوعاً بالتلصص وإستراق النظر من الآخرين .

ويرى (أورفورد) أن النظارية يمكن النظر لها باعتبارها سمة أساسية لدى الإنسان، إلا أنها تختلف من حيث درجتها بناء على طبيعة أنشطة الفرد اليومية، فنجدها بوضوح لدى الأفراد المدمنين للكحوليات، والمقامر المرضى، وذوى السلوك الجنسى المفرط. ويذكر (أورفورد) أن النظارية في علاقتها بسلوك المقامرة، يمكن النظر لها باعتبارها أحد الأدوات الهامة التي يستخدمها المقامر للتغلب على الخصم. (orford, 1978, p. 244)

وبشير (مان) إلى أن المقامرين المرضى، أصحاب التاريخ الطويل في المقامرة، عادة ما يتفاعلون بوجود امرأة بجانبهم أثناء اللعب، وليس أى امرأة، بل امرأة محددة، قد لا يستطيع المقامر أن يمارس المقامرة دون أن تكون بجواره، ويطلق على هذه المرأة مصطلح (المرأة اللعوب) أو المرأة جالبة الحظ (Lady Luck)، ويشير (مان) إلى أن التحليل النفسى يشير

لهذه المرأة على أنها تلعب دور الأم، إلا أن لها دور آخر يتمثل في الاحساس بالتفاؤل من قبل المقامر، أو نقل أسرار اللعب للطرف الآخر، والذي لا يتم إلا عن طريق لغة صامتة تلعب فيها النظرية الدور الاساسى الذى يحدد المكسب أو الخسارة . (Maze, J. 1987, p.12)

ويشير (سمبث) إلى أن المفامرة لدى المراهقين تعتمد، إعتقاداً كبيراً على الخداع والتحليل فى اللعب، فيستخدم المقامرون أساليب كثيرة فى ذلك، من أهمها أساليب التفاعل غير اللفظى إما عن طريق الحركات والايماءات أو عن طريق النظر، أو ما يعرف بالانصال البصرى (eyc contact)، الذى يطلق عليه (سميث) مصطلح (السرقعة عن طريق العين). وينظر كثير من المقامرين إلى أن هذه الأساليب تعبر عن المهارة، أكثر مما تعبر عن الخداع، وينظرون إليها نظرة مقبولة كما أن كثير من المراهقين المقامرين يفتخرون بقدرتهم على التفاهم البصرى وخداع الأطراف الأخرى المتنافسة . (Smith, S. 1998, p.122)

ويوضح (موران) إلى أن سلوك المقامرة يعتبر أحد أشكال الإدمان، مثله مثل إدمان الكوكايين والمورفين والهروين، ومع وصول هذا السلوك إلى مرحلة الإدمان تظهر بعض السلوكيات الشاذة والغريبة، مثل السلوكيات الجنسية الشاذة والمفرطة وأهمها الرغبة الملحة فى النظرية، والسلوكيات المضادة للمجتمع . (Moran, E, 1970, p.166)

الفرض الفرعى (ب) المشتق من الفرض الثانى

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المقامرين وغير المقامرين على بُعد الاستعراضية فى إتجاه إرتفاع الاستعراضية لدى المقامرين .

وللنحقق من صحة هذا الفرض، قام الباحث باتباع الخطوات التالية .

- ١- حساب قيم المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية التى حصل عليها مجموعة المقامرين المرضى على بُعد الاستعراضية، حيث (ن=٣٠) وكذلك الدرجات التى حصل عليها مجموعة غير المقامرين على نفس البُعد، حيث (ن=٣٠) ويتضح ذلك من الجدول التالى :

جدول (٢٣)

يوضح فروق المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية
لدرجات بُعد الاستعراضية لدى مجموعتي الدراسة

الانحرافات المعيارية	المتوسطات الحسابية	الاستعراضية
		مجموعة
٤٢٨	٤٤٦٣	المقارمين
٩٣٩	٤٥٤٣	غير المقارمين

يتضح من الجدول السابق أن متوسطات درجات غير المقارمين أكبر قليلاً من متوسطات درجات المقارمين على بُعد الاستعراضية .

٢- قام الباحث بحساب الفروق بين متوسطات درجات مجموعتي الدراسة بالنسبة لبُعد الاستعراضية، وذلك باستخدام إختبار (ت)، ويتضح ذلك من الجدول التالي :

جدول (٢٤)

يوضح المتوسط الحسابي والانحراف المعياري ودلالة الفروق باستخدام
إختبار (ت) لمجموعتي الدراسة على بُعد الإستعراضية

مستوى الدالة	قيمة (ت)	غير المقارمين		المقارمين		العينة
		الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	البُعد
غير دالة	٤٠٪	٩٣٩	٤٥٤٣	٤٢٨	٤٤٦٣	الإستعراضية

يتضح من الجدول السابق عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المقارمين وغير المقارمين على بُعد الإستعراضية، حيث كانت قيمة (ت) (٤٠٪) غير دالة إحصائياً .

تفسير نتيجة الفرض الفرعى (ب) المشتق من الفرض الثانى :

توضح نتيجة الفرض الفرعى (ب) المشتق من الفرض الثانى، أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين منوسطات درجات المقامرين وغير المقامرين على بُعد الاستعراضية، حيث كانت قيمة (ت) = (٠.٤١) وهى غير دالة إحصائياً ويجب أن نشير فى البداية إلى أن عدم وجود دلالة، وكذلك عدم صحة الفرض المقترح للدراسة لا يعنى عدم الوصول لنتيجة، بل إن عدم تأكيد الفرض وعدم وجود دلالة، هو فى حد ذاته نتيجة .

ويمكن تفسير ذلك من خلال ما يراه الباحث، فى أن الدرجة العالية على النظرية ربما تعمل على خفض الدرجة على الإستعراضية، فالنظرية إنخفاض من الفعل إلى المشاهدة، ولكن سراً وخفية، أما الإستعراضية فهى فعل علنى يفتخر به الفرد أمام الآخرين، وهو ما يعنى أن البعدين (النظرية والإستعراضية) مختلفين من حيث الشكل والأسلوب، لكن المضمون والهدف واحد، وهو تحقيق الإثارة والتشويق سواء للذات أو للآخرين، وأن كان هناك هدف ثالث يريد أن يحققه المقامر للآخرين، وهو المباغنة والدهشة، وطالما أن التشويق والإثارة والدهشة والمباغنة، قد تم تحقيقها عن طريق النظرية وإستراق النظر، فإن الميل إلى الإستعراضية بنخفض .

وقد أشار الفرض إلى أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المقامرين وغير المقامرين بالنسبة للإستعراضية، ولا يعنى ذلك أن المقامرين ليس لديهم ميل إستعراضية، بقدر ما يعنى أن درجة إستعراضيتهم أقل من إستعراضية المجموعة الأخرى «غير المقامرين»، وكما أوضحنا فإن ذلك يرجع إلى إرتفاع الدرجة على النظرية، هذا بجانب أن الإستعراضية لدى عينة المقامرين لم تكن إستعراضية مرضية، يحل فيها الإستعراض محل الهدف الحقيقى، سواء كان هذا الهدف، هو الفوز أو الشعور بتقدير الذات أو إنتزاع الإعتراف بقيمة الذات .

فالمقامر إستعراضى يهدف لإثارة الآخرين وجذب الانتباه، ويهدف من وراء ذلك إلى تأكيد ذاته ليسعّر بأنه قوى ومسيطر وقادر على التحكم فى كل الموضوعات، وكأنه العفريت الذى يقوم بعمل كل شئ، حتى يكون دائماً هو الأفضل، وهذا ما يدفعه إلى المخاطرة بنفسه والاعتقاد الوهمى بالقدرة على التحكم illusion of control. والإستعراضية لدى المقامر

تبين له أنه حر وأن بمقدوره تحقيق ذاته من خلال إنتزاع الدهشة من عيون الآخرين، ورغم أن ذلك التحقيق للذات، يكون خيالياً ووهيمياً، إلا أنه يحقق للمقامر نوعاً من التوازن، وذلك التوازن أقل ما يمكن أن يوصف به، أنه شاذ ومريض ويتمسك بحبال الوهم .

ويشير (فوللر) إلى أن المقامر إستعراضى، لكن السلوك الاستعراضى لديه إنتقل من المجال الجنسى إلى حلبات المقامرة، فالإثارة التى يحصل عليها من خلال الجنس لم تعد كافية لاشباع الطاقة الاستعراضية بفعل الازاحة .

ولا يحدث ذلك إلا مع المقامرين المرضى والمحترفين فى نفس الوقت، إذ تحقق لهم المقامرة نوعاً من الإشباع عن طريق إرضاء غرورهم بالانتصار على الخصوم، والأعداء الوهميين، فغالباً ما يرمز الخصم فى المقامرة إلى شخص فى الحياة اليومية أدى بالمقامر لكثير من الاحباطات، فيؤدى الانتصار عليه إلى نوع من الزهو والإستعراض الذى يعيد للذات كرامتها من جديد، وكل ذلك يتم فى شكل خيالى بعيد عن الواقع.

ويشير (فوللر) إلى أن بعض المقامرين الذين يفشلون فى تحقيق الفوز فى المقامرة، فإن هذا يعنى بالنسبة لهم الفشل فى الزهو والإستعراض، مما يدفعهم لكثرة الكذب على المحيطين بهم من حيث أنهم قد حققوا إنتصارات كبيرة فى المقامرة بفضل مهارتهم فى المقامرة وذكاءهم، وفى بعض الأحيان يتجه المقامر المهزوم لأنواع أخرى من الإستعراض مثل الجنس أو المبالغة فى وهم القدرة على التحكم وسلوك المخاطرة، وتعظيم الذات. والمقامر المنتصر بالطبع لا يكون بحاجة إلى هذه العوامل، إذ أن المقامرة وحدها تغنيه مشقة كل هذه الأفعال، لان ينظر لها المقامر على أنها طريق مختصر وسهل وسريع لتحقيق توازن الذات .

(Fuller, p. 1974, p.131)

من خلال ذلك نستطيع أن نقول أن الإستعراضية لدى المقامر تعتبر أداة يستخدمها المقامر فى لحظات الضعف، وكأنها بذلك تعبير عن (الآليت)، أى أنها رغبة وأمنية، وبذلك فهى رغبة مهلوسة، فقد علمنا فرويد أنه عندما يغيب الشئ، لابد أن يهلوس. أى أن الإستعراضية قدرة ما لا قدرة له .

أما عندما يكون لدى المقامر مبرر لأن يزهو ويستعرض لانتصار حقه أو لمجرد مهارة أظهرها، فإن يبالغ أكثر مما يجب في الإستعراض، أو إن شئت فقل يستعرض بإنتقام .

الفرض الفرعى (ح) المشتق من الفرض الثانى

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المقامرين وغير المقامرين على بُعد السادية، فى إتجاه إرتفاع السادية لدى المقامرين .

وللتحقق من صحة هذا الفرض، قام الباحث إتباع الخطوات التالية .

١- حساب قيم المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية التى حصل عليها مجموعة المقامرين المرضى على بُعد السادية، حيث (ن = ٣٠) ، وكذلك الدرجات التى حصل عليها مجموعة غير المقامرين على نفس البعد، حيث (ن=٣٠) ويتضح ذلك من الجدول التالى .

جدول (٣٥)

يوضح فروق المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات

بُعد السادية لدى مجموعتى الدراسة

الانحرافات المعيارية	المتوسطات الحسابية	السادية مجموعة
٤١٣ر	٥٩٦٣	المقامرين
٤٧١ر	٤٨٣٣	غير المقامرين

يتضح من الجدول السابق أن متوسطات درجات المقامرين أكبر من متوسطات درجات غير المقامرين، وذلك على بعد السادية .

٢- كما قام الباحث بحساب الفروق بين متوسطات درجات مجموعتى الدراسة بالنسبة لبُعد السادية، وذلك باستخدام إختبار (ت). ويتضح ذلك من الجدول التالى .

جدول (٣٦)

يوضح الفروق بين متوسطات درجات مجموعتي الدراسة
بالنسبة لبُعد السادية

مستوى الدلالة	قيمة (ت)	غير المقامرين		المقامرين		العينة البعد
		الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	
٠.٠١	٩٧٤	٤٧١	٤٨٣٣	٤١٣	٥٩٦٣	السادية

يتضح من الجدول السابق وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المقامرين وغير المقامرين على بُعد السادية، حيث جاءت قيمة (ت) دالة إحصائياً عند مستوى (٠.٠١) وهذا يعنى إرتفاع السادية لدى مجموعة المقامرين .

تفسير الفرض الفرعى (ح) المشتق من الفرض الثانى :

توضح نتيجة الفرض الفرعى (ح) المشتق من الفرض الثانى، أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المقامرين وغير المقامرين على بُعد السادية، فى إتجاه إرتفاع السادية للمقامرين، حيث كانت قيمة (ت) = (٩٧٤) دالة إحصائية، عند مستوى (٠.٠١).

ويمكن تفسير ذلك فى ضوء أن المقامر سادى، فهو حاقد ومنتقم ويتلذذ بعذاب الآخرين، وكأن السادية لديه أصبحت قاعدة وقانون ، لذا فهو لا يقاوم ساديته وإنما يعمل وفق نظامها، إذ أنه مدفوع بها ولها، لذا فهو لا يستطيع مقاومة السادية، وعندما يفعل ذلك تنقلب السادية إلى مازوخية، ولكنه إنقلاب وقتى ينتقل من حالة إلى أخرى، من سادية إلى مازوخية، وكأن حال المقامر كالسفينة تسبح على الماء ومع الماء وضد الماء، وما ذلك إلا للوصول إلى التوازن النفسى.

وتبدو سادية المقامر فى ،أنه دائماً منشغل بتنظيم أحقاده على الآخرين حتى يتخارج ما بداخله من ألم وحرمان وملل إليهم، لذا نقول أن المقامر لديه علاقات شخصية وليس لديه أصدقاء .

والسؤال الذى يطرح نفسه: لماذا أصبح المقامر سادياً؟ إن المقامر أصبح كذلك لأن إرادته تضطرب بسهولة، مما يؤدي لعدم التوازن النفسى لديه وهو فى محاولته إستعادة التوازن، يكون ذو فكر شاذ ومريض، يجعله يرى فى السلوك السادى الوسيلة الوحيدة للعودة من جديد لحالة التوازن وكلما يجد المقامر نفسه فى حالة من عدم التوازن، برغم السادية الشديدة على الآخرين، يكثر من السادية ويفرط فيها، إلى أن يصل للمرحلة التى يدرك معها أن هذه السادية قد فشلت فى تحقيق التوازن النفسى، وأن كانت قد حققت بعضاً من اللذة المؤقتة، وهنا تتحول السادية لطرق أخرى فتصبح مازوخية، فبدلاً من أن يتجة العدوان نحو الآخرين يتجه نحو الذات. فالمقامر إذ يحقق عدوانه على الآخر، يشعر بنوع من السعادة، وهو أيضاً يقياس كثيراً لتحقيق هذه السعادة وأنه موزع بين الكراهية والحقد والنيل من الآخرين .

وتظهر سادية المقامر فى أنه بنرجسيته التى تحاول دائماً أن تضع الآخر تحت إمرة الذات، حتى تتسنى اللحظة المناسبة لاختراقه.

وهنا لابد أن نشير إلى أن السادية فى علاقتها بالنرجسية لدى المقامر، تجعل منه شخصاً واهماً يظن أنه قادر على كل شئ، وأنه بالسادية يتمكن من تحقيق الغلبة على الآخرين. والغريب أن المقامر لا يريد موضوعاً سهلاً لكى يخرج ساديته عليه، بل يهوى الموضوع الصعب، وهو ما بوضح ما لدى المقامر من طاقة سادية كبيرة، تحتاج لموضوع صعب المزال كى يكون قادراً على إنتزاع هذه الطاقة الكبيرة والكثيرة معاً، ومن ناحية أخرى، يوضح لنا ذلك أن المقامر يهدف للرغبة فى الإثارة والتشويق وحب المخاطرة إذ أن السادية إن لم تتمكن من التخرج بعيداً عن حدود الذات، فإنها ستتقلب إلى الذات «مازوخية» .

ولا تقف سادية المقامر عند حد هدم الآخرين والتلذذ بايلاهم والحقد عليهم، بل تشمل أيضاً عدم الرغبة فى التسامح أو التساهل مع الآخرين وتضارب القيم لديه .

ويرى (بيل) أن سلوك المقامرة يؤدي بطبيعته إلى السادية، إذ أن من طبيعة المقامرة العدوان والرغبة فى القضاء على الآخرين، وما الإفراط فى المخاطرة لدى المقامر، إلا تعبير عن السادية المفرطة التى يمارسها المقامر ضد من ينافسونه . (Bell, B. 1993, p. 112)

الفرض الفرعى (د) المشتق من الفرض الثانى

يشير الفرض الفرعى (د) المشتق من الفرض الثانى إلى أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المقامرين وغير المقامرين على بُعد المازوخية، فى إتجاه إرتفاع المازوخية لدى المقامرين .

وللتحقق من صحة هذا الفرض، قام الباحث بما يلى :

١- حساب قيم المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية التى حصل عليها مجموعة المقامرين على بُعد المازوخية، حيث (ن = ٣٠) وكذلك الدرجات التى حصل عليها مجموعة غير المقامرين على نفس البُعد، حيث (ن = ٣٠)، ويتضح ذلك من خلال الجدول التالى .

جدول (٣٧)

يوضح فروق المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات
بُعد المازوخية لدى مجموعتى الدراسة

الانحرافات المعيارية	المتوسطات الحسابية	المازوخية مجموعة
		المقامرين غير المقامرين
٣٩٨ر٢	٦٣٣٠ر٦	
٥٣٠ر٥	٤٨٢٠ر٤	

يتضح من الجدول السابق أن متوسطات درجات المقامرين أكبر من متوسطات درجات غير المقامرين وذلك على بُعد المازوخية .

٢- قام الباحث بحساب الفروق بين المتوسطات لدرجات مجموعتى الدراسة بالنسبة لبُعد المازوخية، وذلك باستخدام إختبار (ت)، ويتضح ذلك من الجدول التالى .

جدول (٢٨)

يوضح الفروق بين متوسطات درجات مجموعتي الدراسة

بالنسبة لبُعد المازوخية

مستوى الدالة	قيمة (ت)	غير المقامرين		المقامرين		العينة البعد
		الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	
٠.٠١	١٢.٢٧	٣٠.٥	٤٨.٢٠	٢٩.٨	٦٣.٣٠	المازوخية

يتضح من الجدول السابق وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المقامرين، وغير المقامرين على بُعد المازوخية، حيث كانت قيمة (ت) دالة إحصائياً عند مستوى (٠.٠١) وهذا يعنى إرتفاع المازوخية لدى مجموعة المقامرين .

تفسير الفرض (د) المشتق من الفرض الثانى

يشير الفرض (د) المشتق من الفرض الثانى إلى أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المقامرين وغير المقامرين على بُعد المازوخية فى إتجاه إرتفاع المازوخية لدى المقامرين، حيث كانت قيمة (ت) = (١٢.٢٧) دالة إحصائياً عند مستوى (٠.٠١) .

ولتفسير ذلك نشير إلى أن المقامر مازوخى الطبع، فبرغم أنه يتعذب بالمقامرة إلا أنه يشعر باللذة والنشوة من ممارستها، ورغم آثارها الضارة إلا أنه يجد فيها متعة لا تقاوم، وكثير من المقامرين يعلمون جيداً أن المقامرة هدامة وباعة على الفقر والألم، إلا أنهم يتمسكون بها، وتجد بعضاً منهم يريد التخلص منها ولكنه لا يستطيع، أما الغالبية لا تربد ذلك حتى لو كانت لديها القدرة، والمقامر مازوخى لأنه يملك أنا أعلى شديد القسوة، ولا يستطيع أن يختلف معه أبداً وفى ذلك يقول (فرويد) "الأنا الأعلى سادى، فأصبح الأنا مازوخياً وبذلك قدم الأنا نفسه بوصفة الضحية" . (سيجموند فرويد، ١٩٧٥، ١٠٥) ويشير (فرويد) إلى أن المقامر مازوخى ويرغب فى الخسارة وليس الفوز، وذلك لمعاقبة ذاته، فهو بالمقامرة يريد عقاب الوالدين، مما يبعث فى نفسه الشعور بالذنب، فيحاول عقاب نفسه لا شعورياً بالخسارة، وفى بعض الأحيان نجد أن المقامر بدلاً من أن يعاقب والديه يعاقب ذاته، ويستطرد (فرويد) ليشير إلى

أكثر من ذلك، حيث يذكر أن المقامرة يمكن أن تفسر في ضوء المازوخية الأنثوية، حيث تعبر الخسارة بطريقة رمزية من فوز المقامر بحب والده الذي يكافئه على إخلاصه وفناءه وعلى ما لحق به من ألم، فالخسارة هنا تساوى الحب، ومعنى أن يخسر المقامر، أنه يعاني شيئاً، وما الحب إلا نوعاً من المعاناة. (Jackie, F. et. al. 1999, p.13) وقد اتضح ذلك من خلال تحليل (فرويد) لديستوفسكى، الذي كان لا يكف عن اللعب حتى يخسر آخر ما لديه من نقود، وكان يشعر بعدها بلذه مرضية، كما أنه لم يبدع أدبياً إلا بعد الخسارة الفادحة وتوبيخ زوجته له . (مصطفى زيور، ١٩٨٦، ٣٣٨)

ويرى (بيرجلر) أيضاً أن المقامر مازوخي، إذ أن لديه ميل عصابي لأن يخسر، فالهدف هو الخسارة وليس المكسب، ومهما حاول المقامرين أن يقولوا أن الهدف هو الحصول على المال أو الرغبة في الإثارة والمخاطرة فإن الهدف الاساسي لهم هو الإشباع المازوخي .

(Bergler, E, 1970, p.221)

فالمقامر لا يريد المال بقدر ما يريد التمتع بنشوة الألم والأذى عن طريق الخسارة والتعامل مع الصدق، (فخرى الدماغ، ١٩٨٦، ٦١)

ويرى الباحث أن المقامر مازوخي، نظراً لطبيعته النرجسية، فالمازوخية على عكس ما يتوقع البعض، هي نرجسية، إذاً أن الألم لدي المقامر يجعله يرتد إلى ذاته وينقطع عن العالم من حولة إنقطاع نسبي، يحاول من خلاله أن يسحب الليبيدو الموضوعي objective libido في الأنا ليصبح ليبدو نرجسى يستطيع من خلاله أن يعيد للذات قواها من جديد، فالمازوخية أتاحت للمقامر أن يلتقى من جديد بنرجسيته. وتصل مازوخية المقامر لأقصى حد لها عندما يقدم على الإنتحار، الذي هو في الأصل نوع من النرجسية، إذ لا يستطيع المقامر أن يقتل العالم من حوله فيقتل نفسه. ويرى الباحث أن من بين الأسباب التي تجعل المقامر مازوخي، هو الاعتقاد الوهمي لديه في أن الألم لا بد وأن يتبعه لذة وسعادة، وعلى قدر كثرة الألم، على قدر ما تكون اللذة والسعادة، ويفسر لنا هذا الاعتقاد كيف أن المقامر يشعر باللذة وهو يتألم، فما ذلك إلا لأنه يتوهم أن السعادة في الطريق إليه، ومع تكرار الانتظار للذة أن تأتي، يكون الانتظار دون أمل، فيتحول المقامر من مازوخي إلى سادي .

ثانياً : بالنسبة للدراسة الكلينيكية

مقدمة :

المقامرة: ظاهرة أقل ما يمكن أن توصف به، أنها (مرض)، ترى فيها المقامر وقد قتل نفسه من أجل أناس يتقاتلون على قتله، حتى أن كلمة (مقامرة) هي كلمة اخترعها أصحاب الموائد الخضر لتكون على وزن (مقاتلة) أو (مغامرة) أو (مخاطرة)، إذ يبدو المقامر كغريق، بدلاً من أن تلقى له المقامرة بطرف الحبل، ألقت له بالحبل كله، وعندها قرر أن يكون مخاطراً ومخادعاً وحاقداً ومنتقم واثراً.. بشرط ألا يعرف أحداً ذلك.

وإذا كان الأمر كذلك، فإن مهمة الكلينيكي هي أن ينجح في وضع يده على ما قد يكون في أقاويل المقامر من أوهام ذاتية أو يقين كاذب، أو أخيلة سرابية، فليست مهمة المحلل النفسي سوى إزاحة النقاب عن ذلك الفصل المطوى من فصول التاريخ الشخصي المرسوم بطابع الفراغ والخواء، حتى يسمح للمريض باستعادة كل تاريخه الزمني وأخذه على عاتقه، أى أن المهمة تتلخص في رأب الصدع، حتى لا تبقى الذات منقسمة، غائبة عن ذاتها. ولقد كان (هزيود) يقول: «إن الأمراض سواء أكانت مما يجئ بالنهار أو مما يجئ بالليل، نزور الناس كيفما راق لها، جالبة الألم لجماعة البشر الفانين، ولكن في صمت، لأن (زيوس) الحكيم قد شاء أن يحرمها نعمة الكلام» أما (فرويد) فقد أخذ على عاتقه أن يبين لنا أن هناك أمراض تتكلم، وأنه لا بد لنا أن نتعلم كيف نفهم حقيقة ما نقوله، صحيح أن اللاشعور يمثل - في تاريخ كل إنسان - ذلك الفصل الذي يمثل اللغز والأحجية والطمس، ولكن من الممكن مع ذلك الكشف عن حقيقته من خلال آثار ووثائق ودلالات لفظية وراث شخصية، وكل ما من شأنه أن يسمح بفض أسرار لغة المرض النفسي، فما دعوة (لاكان) بالعودة إلى فرويد، إلا بعودة إلى اللغة ودراسة اللاشعور باعتباره لغة تملك بنية خاصة، ولا غرو، فقد أظهرنا فرويد على أن ثمة أمراض تتكلم، كما أنه أخذ على عاتقه أن يسمعنا حقيقة ما تنطق به (زكريا إبراهيم، ١٩٨٣، ١٣١).

معنى ذلك أن اللاشعور عند (فرويد) لم يكن بمثابة مخزن أو مستودع للغرائز، وإنما عبارة عن موضع خاص، ينفرد بميزة القول والكلام، وهذا هو السبب في أن (لاكان) كان يشبه

فرويد بشامبليون، فقد علمنا فرويد أن نفخ شفرات لغة اللاشعور في كل مكان، سواء كان ذلك في الأحلام، التي هي مجرد ألعيب لغوية رمزية، أم في الأمراض، حيث يمثل عرض المرض (دالا) لا (مدلول) قد تم كبته عن الشعور، أم في الجنون الذي هو بمثابة كلام لم ينجح صاحبة في التعبير عن نفسه، أو هو كلام بلا ذات، صحيح أن فرويد عندما يتحدث عن الكبت، فإن ظاهر حديثه، قد يوحي بأنه كبت لشيء، ولكن في الحقيقة هو كبت لمقال، أو حديث ذي بنية خاصة، وأن هذا الحديث قد يعمل تماماً وهو خارج عن الذات، وهذا ما جعل (لاكان) يقول «إنني أفكر حيث لا أوجد وأوجد حيث لا أفكر»، ولما كانت الصلة وثيقة بين اللغة والنظام الرمزي، فإن في وسعنا أن نقول أنه من الخطأ تصور النظام الرمزي، على أنه نتاج من صنع الانسان، في حين أن الانسان نفسه هو مجرد نتاج لهذا النظام الرمزي، ومعني ذلك أن «الدال» يسكن الانسان ويندمج في نظامه الخاص، دون أن يكون الانسان نفسه هو الذي أنشئه، ولعل هذا هو جوهر الكشف الفرويدي كما يتبدى في كتابة الضخم «تفسير الأحلام» وكما بتجلى بصفة خاصة من خلال تحليله لحالة (دورا) حيث نراه يقول «إنه حين تصمت الشفتان، فلا بد من أن تثرثر اليدان» ولا غرو فانه لو نسي الانسان «الدال» فإن الدال نفسه لن ينساه ابداً والواقع أننا لو تساءلنا عن مصدر تلك اللغة التي تتكلم عبر كل فجوات المقال البشري، لوجدنا ان هذا المصدر إنما هو الرغبة، فإذا كانت اللغة قتل للشيء، فإن هذا القتل هو في الآن نفسه تخليد للرغبة نظراً لأن اللغة تحيل الشيء إلى رمز، فالسبيل الأوحى لتحرير كلام الذات، إنما يكون باستدراجه لعالم الرغبة، فالفرد لا يمكنه عندما يتكلم سوى تمرير «حاجته المزعومة التي يريد إرضاءها عبر بعض الطلبات، أي عبر اللغة» (فيلب شمال، ١٩٨٨، ٩، ١٠).

وإذا كانت اللغة تعبر عن الرغبة، فإن الرغبة هي دائماً رغبة في آخر، بمعنى أنها رغبة في رغبة آخر، أي أنها رغبة في إنتزاع إعتراف الآخر بصميم رغبة الذات، فإذا كان (أرسطو) قد عرف الانسان بلغة منطقة من حيث أنه الانسان العارف، فإن فرويد قد عرف الانسان بلغة رغبته (مصطفى زيور، ١٩٨٥، ٥٦) والرغبة دائماً تعبر عن الخيال، فلما كان الانسان قد إخترع طريقة تعفيه في كثير من الأحيان مشقة العمل، ألا وهي اللغة، فقد أصبحت رقعة الممكنات البشرية هي من السعة بحيث أن العالم العقلي التجريدي قد يختلط عليه بالعالم

الواقعي التجريبي، فالفاصل دقيق جداً بين الواقع والوهم، وبين الحقيقة والخيال، بين الموجود والممكن، فنحن كثيراً ما نجهل أنفسنا، وأنظارنا مصوبة إلى ما نريد أن نكونه، لا إلى ما نحن كائنوه بالفعل، كل هذه المستويات تتداخل وتتشابك داخل الفرد الذي لا يملك كينونة حقيقية، بل صيرورة متغيرة زائلة، ينتقل فيها من الممكن إلى الواقعي، ومن الواقعي إلى اللاواقعي، ومن العرضي إلى الضروري، ومن الضروري إلى المحتمل، ومن المحتمل إلى المحال، فليس بدءاً أن يكون قوام الحياة البشرية هو الإلتباس والغموض والاشتباه (زكريا إبراهيم، ١٩٨٢، ٦٦). وهذا هو حال الكلينيكي والمحلل النفسي الذي يجد نفسه بإزاء خليط من الرموز المشوشة، الذي قد لا يعرف في البداية ماذا عساه صانع بها، خصوصاً حين يكون بإزاء مقتطفات صغيرة من الأحلام والأعراض المرضية، التي لا يكاد يعرف دلالتها، أو المكانة التي تشغلها في صميم تاريخ المريض، ومع هذا فإن كل هذه الرموز أو الدلالات إنما تؤلف خيوطاً متشابكة يمكن أن تلتحم في نسيج واحد، فإذا كان الرمز يشير دائماً إلى ضرب من الغياب، فانه في الآن نفسه، يملك وحدة تعبر عن إنتسابه إلى ذات واحدة فريدة، فالحالة الهستيرية التي أصيبت بها (دورا) مع ما اقترن بها من سعال شديد لم تكن تملك أى معنى حقيقي، اللهم إلا بالإحالة إلى تاريخ المريضة ومجموعة الرموز التي سيطرت على كل مرضها، كما أن هلوسة الاصبع المقطوع لدي رجل الذئاب لم تكتسب كل قيمها، إلا بالقياس لمجموع المواد التي كشف عنها التحليل النفسي، من هنا يتضح لنا أن مهمة الكلينيكي أن ينظر لما وراء الأشياء من دلالات بعمق وفهم وتفسير وتحليل للبنية التحتية دون الوقوف عند بناء ظاهر لا يستطيع من خلاله أن نحول الوقائع - إلى حقائق. وهذا بدوره دفعنا لأن نتناول الجانب الكلينيكي كى نحل العلاقة الطرحية للمقامرين، وكذلك المقاومة والكشف عن اللاشعور والعلاقة بالموضوعات. وهذا ما جعلنا نقوم بعمل مقابلات كينيكية مع كل فرد من افراد الجماعة العلاجية، لتقديم خطة علاجية تساعد المقامر على التخلص من المقامرة، وهو ما سوف نوضحه في الحالات الكينيكية التالية:

الحالة الأولى

الإسم : رياض

السن : ٢٧ سنة

المستوى التعليمي : جامعي «تربية نوعية»

نتائج المفحوص على مقياس المقامرة
المرضية

الدرجة الخام	الدرجة التائية
١٧	٦٤

نتائج المفحوص على مقياس سلوك المخاطرة
قبل تطبيق البرنامج العلاجي

الدرجة الخام	الدرجة التائية
٢٠	٦٧

نتائج المفحوص على مقياس الدفعات الغريزية الجزئية
قبل تطبيق البرنامج العلاجي

أبعاد المقياس	الدرجة الخام	الدرجة التائية
النظرية	٢٧	٥١
الاستعراضية	١٥	٤٩
السادية	٣٢	٦٥
المازوخية	٣٦	٧٠

المقابلة الكلينيكية:

رياض: شاب فى السابعة والعشرين من عمره، تخرج من كلية التربية النوعية له من الصفات الشاذة والمعتقدات الغريبة ما يثير الفضول، ويذكى الحوار والجدال والنقاش، فليس ثمة نهاية للحوار معه، لانه لا يكف عن التعجب والتساؤل والسخرية، كما أنه يرى فى نفسه كائن مشكل، أصبحت مشاكله كآلف ليلة دليلة، ليس فيها نهاية حاسمة، وإنما على الدوام، هناك بداية متجددة، فهو ليس إنساناً جاهلاً، وإنما عارفاً للكثير من الأمور، لكن الصحيح لا يعرفه، وما يعرفه خطأ، يلعب من أجل المال، ويرى أن الفقر ليس عيباً، ولكنه اسوأ من العيب. تعبيراته مهذبة، لكن رغباته قبيحة، إذ يرى أنه من الحكمة أن تكون مهذباً حتى عندما تنوى أن تكون غير ذلك، (عديم الاخلاق والأدب)، ومع كل ذلك تجده يفعل أكثر مما يجرؤ عليه الآخرون، فهو لا يحب ولا يخاف ولا يخشى أحداً وتجده لا يحزن إلا عندما يتحدث عن المقامرة وكذلك يحزن كل من يستمع إليه، فقد ضحى بكثير من الفضائل من أجل سعادته التى ظن أنها فى المقامرة، فضاع المال والأصدقاء والآخرون الذى يعتمد عليهم، لذا فإن مصدر عذابة ليس ما يعانیه ولكن ما يفقده، ويصل ألمة لأعلى درجاته عندما يشعر أن عذابة لا يعذب أحد، مما جعله فى النهاية لا يحيا إلا بالأعداء، إذ يشعر بالوحدة إذا غابوا عنه، فليس ثمة أصدقاء، إنما ثمة أعداء، أو إن شئت فقل (زملاء لعب)، لا يسعده إلا خيبتهم والحديث عن فضائهم .

من هنا كان لزاماً علينا أن نتعرف على سلوكيات وديناميات تلك الحالة وأن نسبر غور إمكانياتها وقواها وضعفها، لكى نرسم لوحة كLINIكية لا تقف عنه حدود الرصد والتفسير، بل الفهم والتحليل، الذى لا يقنع فقط بالبناء الفوقى وإنما الغوص لأعماق البناء التحتى. ومن أجل ذلك نقوم بعرض المقابلة الكلينيكية ذات رؤوس الموضوعات الهادية .

الشكوى الحالية:

يشعر المفحوص بإحباط شديد من كل شئ يحيط به، وهذا الإحباط ليس من الظروف والأحداث الحالية فقط، بل ومن الأحداث الماضية التى تعرض لها (... الواحد من يوم ما وعى على الدنيا وهو فى مشاكل) وما يشعره بالإحباط ليس لكونه يقف أمام مشاكله مكتوف الأيدي،

ولكن لأن ما يقوم به من أفعال تُبوء في النهاية بالفشل . (.... طول عمرى، كل لما آجى أحط أيدي على حاجة وخلص هتتحقق.. تروح منى) فهو يائس، ولا يحزن لهذا اليأس، لأنه يظن أن كل ما ينبغي أن يفعله، قد قام به على أكمل وجه .

فالقضية في نظرة ليست جهد وفعل، وإنما أقدار وحظوظ (.... عارف: العملية كلها حظ... تلاقى ناس بتموت نفسها وامتخدش حاجة، وناس تانية ما بتعملش أى حاجة وتأخذ كل حاجة).

ويعتقد المفحوص أن السعادة في الحياة تعتمد علي الصدفة والحظ، وأن كثير من الآلام كان من الممكن تجنبها لو أنه أدرك ذلك منذ وقت مبكر، فإدراك هذه القضية كان كفيل بأن يوفر عليه مشقة الجهد والعمل، لكن مما يزيد من ألمه ومشاكله أنه قد عرف ذلك مؤخراً وأن الحظ لا يأتي في جانبه وكأنه إعتاد أن يتبعد عنه، ويرى المفحوص أنه إتجة للمقامرة للتخفيف من آلامه والقضاء على ما يشعر به من فراغ، ثم بدأ ينظر لها على أنها قد تحقق له ما لم يستطيع تحقيقه في سنين كثيرة، وما أن إتضح له أن أضرار المقامرة أكثر بكثير من فوائدها، حاول الهروب منها، لكنه وجد نفسه بدلاً من أن يهرب منها، يهرب إليها، فما يعذبة ضعفة الشديدي أمام المقامرة، فهو إنسان يملك من الإرادة ما يجعله يفعل الكثير، لكن هذه الإرادة تبدو عديمة تماماً أمام المقامرة .

الأسرة وإتجاه المفحوص منها :-

ليس للمفحوص أسرة يعيش معها، فالأم متوفية منذ عشرة أعوام، والأب إن كان على قيد الحياة، فإنه في نظر المفحوص، مات منذ سنين طويلة إذ أنه (إنفصل) عن الأم ولم (يطلقها) منذ عشرين عاماً، إبان أن كان المفحوص في السنة الأولى من المرحلة الابتدائية. وللمفحوص أخوان إحداهما أنثى: وهى الكبيرة، تخرجت من كلية التربية وتعمل هى وزوجها فى إحدى البلدان العربية، أما الأخ الثانى فيعمل هو أيضاً فى أحد البلدان العربية، ونادراً ما يعرف أخبارهم، إذ تبدو العلاقة بين المفحوص وأخوته شبيهة مقطوعة . هذا وقد كانت الأم تعمل مديرة لإحدى المدارس الابتدائية وقبل أن تموت تركت ثروة لا بأس لها لأولادها، وكذلك لزوجها المنفصل عنها، وقد أخذ الزوج كل حقوقه فى الميراث، رغم ثراه الكبير فقد كان من رجال

الأعمال فى مجال الاستيراد والتصدير ، وهو الآن متزوج وله أبناء من زوجته الثانية، ولم يتجاوز عمرة الخامسة والخمسين.

وعن علاقة المفحوص بأبيه تبين العلاقة معدومة تماماً، فنادرأ ما يلتقيان، وما أشبه لقاءهما بلقاء الأعداء، فهو يكرهه بشدة، بل وينتظر وفاته، وذات مرة صرح له بذلك (... قتلته : هورينا ناسيك ليه) .

وعن علاقة المفحوص بالأم . كانت علاقة طيبة للغاية، إذ يرى أنها عانت كثيراً كى تحقق لهم حياة سعيدة، كما أنه كان كثير العطف عليها كى يعوضها عن انفصال أبيه عنها، وكلما كان يراها مستضعفة، كلما زاد حقد على أبيه. وقد أدى وفاة الأم إلى صدمة كبيرة لدى المفحوص (... آخر حاجة كنت أتوقعها إن أمى تموت) .

وعن علاقته بأخوته، يشير المفحوص إلى أنها كانت علاقة قوية جداً أثناء وجود أمه، أما بعد وفاتها ظلت العلاقة قوية لفترة محدودة، ثم ما لبثت أن أصبحت معدومة تماماً، وشابهها كثير من المشاكل قبل سفر كلاهما للعمل فى إحدى الدول العربية، حتى أن المفحوص فرح كثيراً بسفرهما للخارج تجنباً للمشاكل .

الطفولة

يشير المفحوص إلى أن مرحلة ما قبل المدرسة، كانت تعبر عن تناقض فى المعاملة ما بين الأب والأم، إذ كان الأب على النقيض تماماً من الأم، كثيراً ما يقسو عليه ويعاقبه على أتفه السلوكيات (... برغم إنى كنت صغير أوى، بس أنا فاكر له مواقف وحشة كثير أوى معايا) ويرى المفحوص أن الأب كان يعاقبه فى بعض الأحيان عناداً للأم التى كانت كثيرة الشجار معه بسبب ضربه وعقابه، ويذكر المفحوص أن شجاراً عنيفاً حدث بين الأب والأم، نظراً لأن الأب قام بعقابه عن طريق الكى بالنار .

أما علاقة المفحوص بأمة أثناء الطفولة، كانت علاقة دافئة مليئة بالحنان والعطف فكانت الأم تقابل قسوة الأب بحنان مفرط، يتمثل فى تلبية كل رغبات المفحوص ومطالبة، فى أى وقت وبأى طريقة .

وكانت مرحلة المدرسة فى البداية شديدة الصعوبة، إلا أنها كانت من أفضل المراحل فيما بعد، فقد كانت الأم مديرة المدرسة، وكان كل كبير وصغير يدلل المفحوص حتى ينالوا رضا والدته التى هى فى الأساس مديرة المدرسة، وكان ذلك لا يقف عند المدرسين والمدارس، بل يمتد إلى الطلاب، ويرى المفحوص أن مرحلة المدرسة أتاحت له الإنطلاق والحرية ورؤية عالم آخر ملئ بالخبرات، كما أنها كانت فرصة للإبتعاد عن الأب وقسوته، إذ كان يترك للأم المسئولية الكاملة فى تعليمه، على إعتبار أنها فى الأساس تعمل فى عمل تربوى، وذلك إلى أن حدث الانفصال بين الأب والأم فى منتصف السنة الأولى من المرحلة الإبتدائية. وأن كان هذا الحدث قد أفرحة كثيراً، إلا أنه بعد ذلك حزن كثيراً لأنه لم يسعد الأم، ورأى أنها لم تعد سعيدة وغابت عنها مظاهر السعادة والفرح، وذلك رغم المشاكل الكثيرة مع الأب. وفى هذه المرحلة كان المفحوص منطوياً على نفسه، ولم يحب الاختلاط بالأصدقاء فى المدرسة، وكان يفضل أن يظل بجوار أمه طوال الوقت .

وبالنسبة للتبول الإرادى، يذكر المفحوص أنه ظل لوقت متأخر، وكان ذلك يسبب له كثير من الألم، ولم يتم ضبط التبول الإرادى إلا مع بداية المرحلة الإعدادية. وبالنسبة للمشى والكلام، يذكر المفحوص أنه كان مبكراً بالنسبة للكلام، فقد كانت الأم تدربه كثيراً على مخارج الألفاظ والكلمات، أما بالنسبة للمشى فقد كان متأخراً بعض الشيء وإن كان قد حدث مبكراً عن أطفال كثيرون كانوا فى مستوى عمره. وبالنسبة للطعام فقد حدث فى السن الطبيعية له (عامين)، وكانت تذكر له الأم أن فطامة قد مر بصعوبة بالغة، إذ فقد المفحوص الشهية للطعام وتعرض لكثير من الأمراض، وكان عصبى المزاج، وكثير العناد، حتى أن الأم فكرت أن تتراجع عن الطعام، لكنها عدلت عن هذا رأى. ويذكر المفحوص أن الأم كانت تنظر له فى هذه الفترة على أنه رجل ناضج وليس طفلاً إذ كان يتصرف نحوها تصرف الكبار، فكان لا يحب الجلوس معها، ويرفض منها كل العطايا المادية، حتى أنه فى بعض الأحيان لم يرغب فى النوم معها فى سرير واحد ، كل ذلك بسبب الطعام.

التعليم :

لقد حصل المفحوص على المؤهل الجامعى، فتخرج من كلية التربية النوعية ولم يكن هذا هو طموحه، فقد كان يرغب فى التخرج من كلية الهندسة قسم الالكترونيات، وكان من آثار ذلك أن تعثر فى المرحلة الجامعية، نظراً لأنه لم يكن يحب الكلية ولم تكن طموحه، ويشير المفحوص إلى أنه كان متفوقاً فى المرحلة الابتدائية والإعدادية، والفضل فى ذلك يرجع إلى والدته التى كانت قبل أن تكون أم، كانت تملك مهارة تربية من الدرجة الأولى. لكن إنخفاض المستوى التعليمى مع بداية المرحلة الثانوية، وذلك لوفاء الأم فى هذه المرحلة، إذ أصبح كل شئ فى نظر المفحوص عديم الفائدة ولا طائل من وراءه. وكان كل إهتمام المفحوص فى هذه المرحلة بأصدقاءه، الذى كان يرى فيهم البديل عن كل الهموم التى تعرض لها. ويذكر المفحوص أنه فى هذه المرحلة تعلم ممارسة القمار، وإن كان فى البداية لم ينظر لها على أنها مقامرة إذ كان اللعب من أجل التسلية وإضاعة الوقت والتنافس الشديد، وتتنوع الممارسة ما بين ألعاب الكارد (الكوتشينة) والطاولة، والدومينو، والبلياردو، وتنس الطاولة، وكان اللعب على أشياء عينية، إلى أن أصبح فى النهاية على المال فقط .

العمل :

يعمل المفحوص مدرساً للكمبيوتر فى إحدى المدارس الريفية، وهو لا يرضى عن هذا العمل، إذ يرى أنه لا يفقه شئ فى الكمبيوتر، فكيف يقوم بتدريسه، ويذكر المفحوص أنه على الرغم من إنتظاره للعمل بلهفة، إلا أنه الآن أصبح يتمنى أن يعود عاطلاً من جديد، إذ أنه لا يحصل على أى مقابل من عملة، سواء مادياً أو معنوياً، فهو ينفق فى المواصلات أكثر مما يتقاضاة من راتب شهري (... أنا بصرف فى المواصلات ١٢٠ جنية وراتبى الاصلى ١٠٠ جنية، ده أنا لو قعدت على القهوة ممكن أجيب أد مرتبى (٥) مرات ويمكن أكثر) هذا بالإضافة للمعاناة التى يلقاها فى العمل، (. بأصحى الصبح الساعة (٦) صباحاً وأخذ (٤) مواصلات عشان أروح الشغل) .

ونظراً لأنه لا يرغب فى طبيعه عمل كهذا، فهو دائم الشجار مع زملاءه فى العمل وكذلك رؤسائه، وكم من الجزاءات التى نالها بسبب ذلك، ومع ذلك لا يتوقف عن التمرد على العمل .

الإقامة :

يقيم المفحوص بمفرده فى مدينة المنصورة منذ الطفولة وحتى الآن وبالرغم من أن هناك منزل للعائلة فى الريف، إلا أنه لم يذهب إليه منذ طفولته، فهو لا يحب القرية وأهل القرية .

الحوادث والأمراض

من الجوادث التى يتذكرها المفحوص فى الطفولة، تلك التى كانت فى الطفولة المتأخرة وهو يناهز الثالثة عشرة من العمر، إذ أنه وقع من الأرجوحة أثناء عيد الفطر (... وقعت من المرجيحة فى سوق العيد وشفقتى إنقطعت ورحت المستشفى وكان يوم أسود) أما بالنسبة إلى الختان فقد تأخر حدوثه لسن السابعة لأن الوالدة كانت تخشى عليه منه، وكان ذلك سبب لكثير من المشاكل بينهما وبين الزوج، وفى النهاية اضطرت الأم إلى إجراء الختان رغما عنها، ويذكر المفحوص أنه عندما حدث الختان ظل بعيداً عن الأم لا يتحدث معها لفترة طويلة (خاصمت ماما وكان زعلى كبير أوى وكنت بأقولها إنتى السبب، وانتى وبابا عاوزين تموتونى) ومن الحوادث الأخرى للمفحوص، ما جرى له أثناء لعب كرة القدم، حيث وقع على ركبتيه وتكونت على قدمه كثير من المياة وأجريت له عملية جراحية شديدة المصعوبة (... الدكتور عمل لى عملية بذل عشان يشيل المية من على الركبة) وحدث ذلك وهو فى المرحلة الثانوية .

الحقل الجنسى :

عادة ما نجد الأفراد فى حديثهم عن الحقل الجنسى، يشعرون بالخجل، وربما لا يتحدثون صراحة، لكننا مع هذا المفحوص، نجد العكس من ذلك، إذ أن المفحوص يتحدث بطلاقة ودون خجل عن الجنس والممارسات الجنسية له. فيذكر أنه قبل سن البلوغ كان يسمع الكثير عن بعض الممارسات الجنسية لكنه كان يشعر بالذنب لمجرد سماع هذه الاحاديث، دون أن يكون طرف فيها، ويرجع ذلك إلى التربية الأخلاقية الصارمة من جانب الأم. ومع وفاة الأم ودخول المفحوص فى مرحلة البلوغ، كان النشاط الجنسى المتمثل فى الاستمناء الذاتى كثير وبصورة مبالغه فيه، لدرجة أن المفحوص قد شعر بالوهن والهزال من كثرة الاستمناء. وفى مرحلة لاحقة تحول ذلك إلى علاقات بالجنس الآخر . ولكن الشعور بالذنب على هذه الأفعال،

أقل ما يوصف به أنه عنيف جداً، وكان يوبخ نفسه كثيراً على ذلك، وقد إتخذ بعض الإحتياطات التى تحول بينه وبين ممارسة الجنس، كعدم الرد على المكالمات التليفونية، وتجنب الجلوس وحيداً فى المنزل، والحرص على الجلوس مع الأصدقاء لفترات طويلة فى المنزل لكى يمارسون المقامرة. فيذكر المفحوص (... القمار الحاجة الوحيدة اللى ممكن تنسيك الجنس والدنيا كلها) ومثل المفحوص هنا كالمستجير بالرمضاء من النار، أو أنه يدافع بالمرض ضد المرض.

موقف من الحياة :

الحياة فى نظر المفحوص تسير من سئ إلى أسوأ، فهى صعبة وتكاد تكون فى بعض الأحيان مستحيلة، ويذكر المفحوص أنه لو كان هناك مكان آخر غير هذه الدنيا لما تردد للذهاب إليه، وكثيراً ما يسأل المفحوص نفسه لماذا نحن موجودين فى هذه الدنيا، ولماذا نوجد على مثل هذه الصورة السيئة، خاصة وأن الله ليس بحاجة إلينا؟ وفى بعض الأحيان يقول المفحوص لنفسه (... لو كانوا سألونى تيجى الدنيا أولاً، لاكنت قلت مش عاوز آجى) . والحياة فى نظر المفحوص سيئة لأنه ينظر لكل ما فيها على أنه سئ، فالأصدقاء أصبحوا أعداء، والأحباب أصبحوا من العملات النادرة، والأمانى تحولت لألام، والأحلام تحطمت على أرض الواقع .

وبالنسبة للعادات اليومية والحياتية للمفحوص، فهى محصورة فى الذهاب إلى القهوة، وهو ما يسميها (الوزارة) (... لازم كل يوم أروح الوزارة)، هذا بالإضافة إلى ممارسة المقامرة يومياً سواء فى المنزل أو على المقهى أو أثناء ممارسة رياضة تنس الطاولة والبياردو .

الأحلام :

يشير المفحوص إلى أنه ليس ثمة أحلام بالنسبة له، ولكن ثمة كوابيس مزعجة، ولكن من الأحلام التى يتذكرها جيداً- رغم أنها حدثت مرة واحدة- ذلك الحلم الذى يريد بشغف تفسيراً له : (كنت أسير متوجهاً إلى شقتى وأنا عارى الجسد، وقبل أن أصعد على سلم العمارة، وجدت ورقة على شكل إعلان كبير، مكتوب عليها : أرجوك لا تصعد إلى الشقة ثانية، وإذا بى أجد الورقة من إمضاء والدتى، وبعد قراءتها أجد أبى ينظر لى من الشرفة نادياً لى: هيا إصعد،

(وفى الحلم لم يكن أبى مكروها بالنسبة لى كما هو فى الواقع) وصعدت على السلم، وقبل أن أدخل الشقة، أدركت مسبقاً أن الشقة- والشقة فقط- سوف تنهار بمجرد دخولى لها، ومع ذلك لم أستطع النزول ثانية للشارع لأننى كنت عارى الجسد وأخشى أن يشاهدنى الآخريين، فدخلت الشقة ووجدت أبى قد لقى مصرعه فانهارت الشقة ومات الجميع) .

تفسير الحلم

إذا كان فرويد يقول لنا أنه لا يمكن تفسير حلم دون مستدعيات فإن المفحوص يذكر أن هذا الحلم من المحتمل قد جاء إليه بعد أن قضى ليلة سوداء فى المقامرة، خسر فيها ما يقرب من (٩٠٠) جنيه، وأنه فى هذه الليلة أخذ على نفسه عهداً بالآ يعود ثانية للمقامرة، وقد كان ذلك فى شقيقته، وبعد أن إنتهى الجميع من اللعب، ظل وحيداً للصباح يؤنب نفسه ويلومها على ذلك .

ونحن قبل أن نفسر هذا الحلم لابد أن نشير إلى أن (فرويد) يرى أن الحلم تحقيق رغبة، وأنتك تفسر حلماً معناه أن تحدد له «معنى ما» أى أن تستبدل به شيئاً آخر ينتظم فى سلك أفعالنا النفسية كحلقة لها من القيمة والشأن مثل ما لغيرها، فكل حلم مغزاه، وأن خفى هذا المغزى. (سيجموند فرويد، د.ت، ١٢٦) .

والحلم الذى نحن بصدده يعبر عن الرغبة فى التوقف عن المقامرة، كمحاولة للتخفيف من الشعور بالذنب، والخوف من أنا أعلى شديد الصرامة، وأنا يعيش حالة من التناقض الوجدانى ما بين الإنصياح لرغبات الهوى ومتطلباته، والأنا الأعلى بأوامره، كما يوضح الحلم أيضاً إلى أن المسئولية الكاملة عما يعانىة المفحوص من آلام المقامرة إنما ترجع إلى الأب، الذى وضعه الحلم فى شكل الباعث على الغواية وفى مستوى آخر يوضح الحلم أن المفحوص يتخذ من المقامرة وسيلة للهرب من مشكلة المتعددة، وبخاصة الجنسية منها، ويتضح ذلك من خلال تناول مفردات الحلم.

(الشقة) التى يتحدث عنها المفحوص هى مكان المقامرة، إذ يذكر المفحوص أنه كثيراً ما كان يمارس المقامرة فيها، نظراً لأنه يقيم فيها بمفرده. أما التحذير الذى وجده من جانب

والدته، فهو يشير إلى نوع من الاستعارة المكنية، فقد حذف المشبه (الأم) وأتى بالمشبه به (الاعلان) وذلك إشارة منه لغياب الأم، الذى يمثل فى محتوى آخر وفاتها، وكأن هذا الاعلان بمثابة إسترجاع لما كانت توصى به الأم من أخلاقيات، ونظرا لأنها كانت حريصة على التربية الأخلاقية، فقد أشار إلى أن تحذيرها المكتوب كان على شكل إعلان كبير، والحلم يشير هنا إلى أن الأم هى مصدر النصح والارشاد وأن الأب يمثل (الفواية) وكأن بالمفحوص يلقى باللوم على والده فى أن السبب لما وصل إليه حالة من المقامرة، فهو الذى دفعه إلى المقامرة (...يناديه إصعد) فالأب يرمز للمقامرة، والدليل على ذلك أنه فى الحلم صار يحبه على عكس ما هو فى الواقع، ويوضح لنا المفحوص ذلك فى أنه بالرغم من كراهيته للمقامرة إلا أنه يحبها، ولكن ماذا يعنى أنه (عارى الجسد)؟ إن ذلك يشير إلى الحياة الجنسية لدى المفحوص، وأنه إتخذ المقامرة كبديل للجنس، فهو يقول: (.. القمار: الوحيد الذى ينسبك الجنس والدنيا كلها)، فهو لا يقبل أن يكون جنسياً بينما يرغب أن يكون مقامراً؟ وإن كان ييغض الإثنين معاً، وهذا ما صورة الحلم، (لا يريد أن يعود للشارع عارياً) (أى أنه لا يريد العودة للجنس) ويود أن يدخل الشقة، رغم علمه أنها ستنتهار بمجرد الدخول فيها، (وسوف تنتهار دون باقى العمارة) (أى أنه ينظر للمقامرة على أنها إنهيار للذات) وما يوضح ذلك أنه أتى بالاصدقاء فهيا وبأبيه كراهية لهم ورغبة فى القضاء عليهم، وقد صور المفحوص أبيه يموت أولاً رغم أن الشقة ما تزال غير منهارة، إشارة منه إلى أن أبيه بالنسبة له قد مات منذ أن انفصل عن والدته، وإنهيار الشقة هنا رغبة فى القضاء على المقامرة، لكن إنهيارها عليه يشير فى محتوى آخر، إلى أنه لو تخلص من المقامرة لتخلصت هى منه أيضاً.

وتبدو مفردات هذا الحلم بصورة واضحة لأن التكتيف فيها قليل والرغبة فيها تبدو واضحة، وهذا هو طبيعة الأحلام من نوع الكوابيس، إذ تبدو الرغبة واضحة، مما يجعل الأنا الأعلى يحاول جاهداً القضاء على هذه الرغبة بتخويف الأنا بصور مرعبة ومخيفة، حتى يكف عن تحقيق الرغبة، فيظهر الحلم فى صورة كابوس، ذلك الذى يمثل أيضاً (تحقيق رغبة).

الحالة الثانية

الاسم: هانى

السن: ٣٢ سنة

نتائج المفحوص على مقياس المقامرة المرضية قبل تطبيق البرنامج العلاجى			
	الدرجة التائية	الدرجة الخام	
	٥٦	١٥	

نتائج المفحوص على مقياس سلوك المخاطرة قبل تطبيق البرنامج العلاجى			
	الدرجة التائية	الدرجة الخام	
	٦٣	١٨	

نتائج المفحوص على مقياس الدفعات الغريزية الجزئية قبل تطبيق البرنامج العلاجى		
أبعاد المقياس	الدرجة الخام	الدرجة التائية
النظرية	٣٦	٦٠
الإستعراضية	١٢	٤٥
السادية	٣٣	٦٦
المازوخية	٣٦	٧٠

المقابلة الكلينيكية:

تعريف بالمفحوص.

هاني: شاب فى الثانية والثلاثون من عمره، تخرج من كلية التجارة، جامعة المنصورة، لدية من الأحداث الحياتية الصادمة ما جعل منه نهباً للقوى الخارجية والصراعات الداخلية، فتنازل عن إنسانيته، ولم يلبث أن وجد نفسه مستبعداً تماماً من ذاته، يعيش حالة من التناقض الوجدانى، إذ ينكر باستمرار كل ما يصرح به ويصرح لنا بما ينكره. الضمير ولد فى قلبه، لكنه مات على أعتاب الموائد الخضراء، يضيع وقتاً كبيراً للحصول على المال، ولكنه أيضاً يضيع كثير من المال لتضييع الوقت، فهو لا يحب إلا (المال)، يقوم بتجمعية، ثم يبدده بالمقامرة بالمغامرة، فالمال فى نظره، قد خلق من أجل أن نقامر به، ومثله فى ذلك كالصرصار الذى يؤمن بأن المطابخ قد إبتكرت من أجل راحته. يرى أن ترك المقامرة. أمراً ممكن، أما وأن تتركه فهذا مستحيل. وبرغم ذلك تجد هذا المفحوص حاد الذكاء ونافذ البصيرة، يفكر بعمق، لكنه يتصرف بحماقة وغباء، مثله كطبيب كل عملياته ناجحة، لكن مرضاه يموتون. وفوق هذا كله تجده قد قضى النصف الأول من حياة يفكر جيداً فى النصف الثانى، وها هو فى النصف الثانى يبكى على ما ضاع فى النصف الأول .

من أجل ذلك كله كان لابد علينا أن تسبرغور إمكانياته البشرية وطبيعة إستعداداته النفسية وحقيقة غاياته وطريقه إستجاباته وأسلوب حياته، وذلك عن طريق شئ من التأمل والإستنباط والإستنتاج والتفكير العلمى والوعى بفرديّة الحالة، تلك التى تتيحها لنا المقابلة الكلينيكية ذات رؤوس الموضوعات الهادية:

الشكوى الحالية:

تتمثل الشكوى الحالية للمفحوص فى قهر المقامرة له، فهو لا يجد منها بُد، وكذلك لا يجد منها مهرباً، كذلك يشعر المفحوص بخيبة أمل كبيرة، فقد تخطى عمره الثلاثين، وأصبح تحت الأربعين، ولم يحقق شيئاً بعد، كما يعاني المفحوص من الشعور بالوحدة، ومن بعض الاضطرابات الأسرية خاصة مع الأب الذى هو فى الأساس زوج للأم وفى نفس الوقت العم الأكبر له. فقد مات والده وهو فى الشهر السادس من العمر، وتزوج العم الأكبر والدته.

الأسرة واتجاه المفحوص منها:

تتكون الأسرة من زوج الأم (العم) والأم والمفحوص، فالحالة التي بين أيدينا حالة وحيدة، الأم ربه منزل، وزوج الأم يعمل موظفاً في مديرية الزراعة، وله محل للبقالة، وعن علاقة المفحوص بالأسرة، نجد أن العلاقة بزواج الأم (العم) كانت في الطفولة وحتى الجامعة مضطربة للغاية، فقد كان كثير الضرب له، لا يعطى له نقوداً إلا القليل، كما كان يلزمه صيفاً وشتاءً بإدارة محل البقالة، مع أن هذا المحل كان ميراثاً ويشترك فيه بقية الأعمام، لكن كان الوحيد الملزم به (... زى ما أكون أنا اللي بصرف عليهم، ورغم كدة ماكنش زوج أمى يدينى فلوس، وكان بيعاملنى زى ما يكون مخبر وأنا حرامى..).

وعن علاقة المفحوص بأمه، فقد كانت علاقة طيبة، إذ كانت تخفف عنه كثير من الآلام التي كان يتعرض لها من جانب الأب (... ماما كانت تعطينى مصروف من ورا زوج أمى) .

ويرى المفحوص أن علاقة الأم بزوجها كانت مضطربة لفترة طويلة من الزمن، فقد كان يريد الإنجاب، لكنها إشتربت عليه قبل الزواج عدم الإنجاب حرصاً على، وكان ذلك مبعث لمشاكل كثيرة، وفي النهاية قررت الأم الإنجاب، لكن ثبت أن الزوج لا ينبغي، (... ربك قادر على كل شئ، لما ماما قررت الإنجاب منه، إتضح إنه ما بيخلفش) ويعد أن أدرك الزوج عدم قدرته على الإنجاب تحسنت علاقته بالأم وكذلك بالمفحوص .

الطفولة:

لم أكن طفلاً أبداً، هكذا يرى المفحوص أنه لم يعيش طفولته، فقد كان يفتقد إلى الحنان من الأب، وكان يتلقاه من الأم سراً، فقد كان الزوج كثيراً ما يرى أن الحنان يفسد الطفل وكثيراً ما كان يعنف الأم على ذلك .

وقد كانت مرحلة المدرسة بالنسبة للمفحوص مرحلة صعبة، كان يشعر فيها بالنقص والدونية عن بقية زملاءه، وكان يفضل ألا يكون له أصدقاء (... كنت أقعد في الفسحة في الفصل لوحدي، عشان الفسحة عاوزة فلوس وأنا دايمًا، ماكنش معايا فلوس أصرف منها) .

وبالنسبة للتبول الإرادى، يذكر المفحوص، أنه أدى لكثير من التعقيد فى حياة إبان أن كان طفلاً، فقد كان زوج الأم يعنفه بشدة على ذلك، لدرجة أن المفحوص يتذكر أنه فى العام السابع كان يقوم مفزوعاً من فراشة ظناً منه بأنه تبول على نفسه، وكانت المشكلة التى تقابلة يومياً، هل إبتل الفراش أم لم يتبل، وأحياناً كان يقوم بتغيير ملابس وفراشة سراً إذا كان مبتلاً، حتى لا يعاقب من زوج أمه. وبالنسبة للطعام فقد كان طبيعياً وفى العام الثانى، وكذلك كانت الولادة طبيعية أيضاً .

التعليم :

أكمل المفحوص دراسة الجامعية، وتخرج من كلية التجارة، وقد كانت مراحل التعليم بالنسبة له، نوعاً من الضغط المستمر، فكثيراً ما كان زوج الأم يعاقبه باسم التعليم. وقد كانت هناك مشكلة تواجه المفحوص، تتمثل فى كيفية التوفيق بين العمل فى البقالة وتحصيل الدروس المدرسية أو الجامعية. كما يذكر المفحوص أنه لم يكن متوافقاً فى دراسته، وكان يحقق النجاح بصعوبة، كذلك لم يكن متوافقاً مع زملاء الدراسة، فقد كان هناك زملاء، ولم يكن هناك أصدقاء

العمل :

يعمل المفحوص حالياً فى إدارة محل البقالة الخاص بالأسرة، وكم يتمنى أن يترك هذا العمل لأنه لا يليق به أو بمؤهلة الجامعى أو بطموحاته، وقد سنحت له الكثير من الفرص للالتحاق بأعمال أخرى، لكنه رفضها لقله العائد المادى لها، فهو يقول أنه بحاجة لمزيد من المال.
(... القمار عاوز فلوس كثير عشان يجيب فلوس أكثر) .⁴

الإقامة :

يقيم المفحوص مع أسرته فى مدينة المنصورة، وليس هناك مكان آخر لاقامته، ولكن يرى المفحوص أنه يقيم فى الغالب فى المحل أو القهوة، ولا يعود للمنزل إلا للطعام أو النوم .

الحوادث والأمراض :

لم يتعرض المفحوص للحوادث والأمراض، إلا على النطاق الطبيعى الذى يحدث لغالبية الأفراد، وذلك سواء كان فى الطفولة أو المراهقة أو مرحلة الرشد الذى يعيشها. ولكن هناك حادثة جرت له من أثر مشاجرة مع زملاء المقامرة والذى إنتقل على أثرها إلى المستشفى، فقد أصيب بمطواه فى رأسه .

الحقل الجنسى :

كان المفحوص ينظر للأمور الجنسية قبل سن البلوغ بمنظار العيب والحلال والحرام، والخجل أيضاً، لكنه الآن ينظر لها. باعتبارها أمور طبيعية يجب أن نمارسها بشئ من الحرية، كما أنه يتحدث عن الأمور الجنسية بشئ من المرونة والتحرر، ن يذكر أنه يمارس الإستمناء ويشاهد الأفلام الجنسية، ولديه الكثير من المعجبات من الجنس الآخر، وعندما تناقشة بأن هذا حرام وعيب يذكر أنه إنسان طبيعى (... الشنوذ إنك لا تمارس الجنس.. حتى ممكن ربنا يحاسبك على ظلمك لنفسك بالكبت الجنسى) ويزداد تطاول المفحوص لأكثر من ذلك إذ يحاول أن يقنعك أن الجنس الحرام، هو ما يكون عن طريق الإغتصاب. ويفتخر المفحوص بهذه الأفكار الشاذة المريضة، فتراه يؤكد قائلاً «... ثلاثة أشياء لا أستطيع أن أقاومهم، الجنس والقمار والموت) .

موقفه من الحياة :

الحياة فى نظر المفحوص سلسلة من الصراعات المستمرة التى لا نهاية حاسمة فى التوتر والصراع فيها، والحياة بجانب ذلك محبطة ولا نجنى من وراءها سوى الهم والحزن وإنتظار الأمل، ومن الأفضل أن يكون الإنسان أقوى من الحياة حتى لا تدوسه الأقدام، كما أنه يرى أن كل ما ينادى به الناس من الأخلاق. الذمة والشرف، كلها أمور خيالية، حتى أن البشر أصبحوا كحيوانات (... الناس بقت زى الحشرات وأقل من كدة كمان) .

وبالنسبة للعادات الحياتية للمفحوص فإنها لا تشمل إلا المقامرة، فيقول المفحوص (...القمار هو تسليتى الوحيدة) وبالرغم أنه يعلم ضرر المقامرة، إلا أنه لا يستطيع التخلص منها، (... القمار ده عامل زى السيجارة، عارف إنها بتضررك ولكن مش قادر تبعد عنها) .

الأحلام :

لقد ذكر المفحوص العديد من الأحلام، لكننا أثرنا الحلم الاتى لما له من دلالة تبدو واضحة بعض الشيء، وتعبّر عن البناء التحتى للمفحوص .. يقول المفحوص :

«حجر مربع كبير، يتدحرج فى صحراء واسعة ويقتل حشرات كثيرة، والغريب أن كل حشرة لا تتحرك من مكانها، وإنما هى فى ثبات شديد، دون مقاومة، تنتظر ماذا عساه أن يفعل بها القدر، ويتحرك الحجر مرة، ويانتظر بعض الشيء ليتحرك ثانية، وفى كل حركة يقتل حشرة، ورغم علمى بأن الحجر ربما يتحرك نحوى ويقتلنى لم أقاوم رؤية هذا المشهد المثير. ثم يأتى رجل ضخم، قوى البنية والعضلات يقول أنه من الشرطة، ولدية أمر بابعدى عن هذه المنطقة، ثم يقول المفحوص، «ولكنك تريد تنفيذ الأمر على (هانى) أما أن فلست هانى» .

تفسير الحلم

بالنسبة لمستدعيات الحلم، يذكر المفحوص أنه أثناء الحلم كان بالفعل يحمل إسماً آخر غير إسمه الحقيقى، وهو (عبد الرحمن)، لكنه لم يعرف لنفسه بقية الاسم. ويقول المفحوص ربما كان الحلم على الحشرات، لأنه يكره الحشرات بشدة، وهذا ما يراه المفحوص، أما التفسير العلمى لهذا الحلم قد يكون على النحو التالى :

الحلم يعبر عن الصراعات الطفولية، وخاصة العلاقة بالأب، كما يوضح إمتداد تلك الصراعات فى الكبر لتشمل الأب وزملاء المقامرة، ويتضح ذلك من خلال ما نعرضه من مفردات الحلم :

(حجر مربع كبير) وهو ما يشير إلى زهر (النرد) المستخدم فى لعبة الطاولة التى كان يدمنها المفحوص، وما يؤكد لنا أن الحجر يرمز إلى زهر (النرد) هو وصف المفحوص للحجر بأنه (يتدحرج)

(فى الصحراء) الصحراء هنا رمز للمربع الخشبى للطاولة نفسها، ولكن إتساع المربع الخشبى لا يعبر عن صحراء، فلماذا كان التشبيه بالصحراء؟ لقد كان التشبيه بالصحراء لأن مربع اللعبة خالى أيضاً، كما أن الصحراء دائماً ما تكون خالية وذات حياة قاسية ومخيفة،

يكون الموت فيها قريب من الإنسان، وربما كان هذا التشبية كرسالة يريد أن يقول من خلالها أن المقامرة تقتل الفرد وتقتل أصدقاءه، فقد جاء على لسانه (...) القمار مافيهوش أصحاب) .

وفيما يتصل (بالحشرات) فهي إستعارة مكنية عن الناس، فغالباً ما كان يشبه الناس بالحشرات، إذ يقول (...) الناس بقت زى الحشرات وأقل من كدة كمان) .

أما (الشرطى الضخم) فإنه رمز لزوج الأم من ناحية، ومن ناحية أخرى رمز إلى الأنا الأعلى، فقد كان زوج الأم قوى البنية، يصل طولة إلى ما يقرب من مترين .

والحلم هنا يحقق رغبة المفحوص فى الإنتقام من زملاء اللعب الذين شبههم بالحشرات، فقد جعلهم لا يتحركون رغم أن خطر الموت يقتلهم واحداً تلو الآخر، وهو ما يشير إلى الطبيعة الفردية للعبة (الطاولة) إذ أنه يرغب فى قتلهم وخسارتهم واحداً وراء الآخر، فيقول (.. يتحرك الحجر مرة وينتظر بعض الشئ ... وفى كل حركة يقتل حشرة) أى أنه يقامر مرة وراء مرة، وفى كل حركة للزهر تخيب آمال الآخرين، ونظراً لأن ذلك يعتمد على الحظ، يذكر قائلاً (...تنتظر ماذا عساه أن يفعل بها القدر) ورغم علمه بأن المقامرة قد تقضى عليه، إلا أنه يتمسك بها ولا يستطيع أن يتخلص منها (... يقتلنى ولم أقاوم) .

وفيما يتصل برجل الشرطة الضخم، فإنه يرمز إلى زوج الأم، فقد كان كثيراً ما يقول عنه (المخبر) وقد تخفى منه، رغبة منه فى متابعة ذلك المشهد المثير الذى يشير فى ناحية أخرى إلى المقامرة، وكأنما هو يقول (أنه مهما أتيتم من قوة لن تستطيعوا إبعادى عن المقامرة) .

وقد تنكر فى إسم آخر، رغبة منه فى الإفلات من عقاب زوج الأم، ولكن لماذا كان بالفعل لا يدرك إلا الإسم الأول فى الحلم؟ ولماذا تغير الإسم ليكون (عبد الرحمن)؟؟ إن عدم إدراك بقية إسمه إنما يشير إلى الإحباط من موت الأب وهو فى الشهر السادس من عمره، وكأن موت الأب قد أدى لموت الإسم أيضاً، أما إختياره لإسم (عبد الرحمن) فيرجع إلى عاملين: أن هذا الإسم كان لأحد جيرانه الذى كان يحبه كثيراً، والذى تأثر كثيراً لوفاته، وكان هذه التسمية بمثابة رغبة فى إحياءه من جديد. ومن ناحية أخرى يشير الإسم إلى الرحمة وطلب الرحمة الذى كان بفتقدها من كل المحيطين به والتى لم يجدها أيضاً فى القيم والمبادئ والأخلاق .

الحالة الثالثة

الإسم: عبد الله

السن: ٣٥ سنة

نتائج المفحوص على مقياس المقامرة المرضية قبل تطبيق البرنامج العلاجي			
	الدرجة الخام	الدرجة التائية	
	١٥	٦٠	

نتائج المفحوص على مقياس سلوك المخاطرة قبل تطبيق البرنامج العلاجي			
	الدرجة الخام	الدرجة التائية	
	٢٠	٦٧	

نتائج المفحوص على مقياس الدفعات الغريزية الجزئية قبل تطبيق البرنامج العلاجي			
أبعاد المقياس	الدرجة الخام	الدرجة التائية	
النظرية	٣٣	٥٧	
الإستعراضية	٢٠	٥٤	
السادية	٣٥	٦٨	
المازوخية	٣٧	٧١	

المقابلة الكلينيكية :

التعريف بالمفحوص.

عبد الله: شاب في الخامسة والثلاثين من عمرة، حاصل على الإعدادية، ولم يكمل تعليمه المتوسط الذى كان قد قطع منه عامين، له من الصفات العقلية والثقافية ما يمكن أن نوصفه باللامبالاه التى لم يسبق لها مثيل، وهو بجانب ذلك طيب القلب، لديه من الشعور بالعظمة ما لا يمكن أن نفسره، فتاريخ حياته إنما هو بانوراما فشل متكرر، ولا نعرف من أين جاء هذا الشعور بالعظمة، إلا أنه رد فعل عكسى للفشل المتكرر، فهو فاشل فى التعليم وفى العمل وفى الاصدقاء بل وفى الحب. وسوف نحاول أن نتعرف على بعض ديناميات تلك الحالة من خلال المحاور الآتية:

الشكوى الحالية :

يشكوى المفحوص من عدم قدرته على التخلص من المقامرة، ويفسر ذلك بأنها ربما تكون الوسيلة الوحيدة التى تساعد فى التغلب على مشاكله كما أنها تنقده من كثير من الأزمات، إذ أنه كثير الإنفاق وإعتاد على نمط معين من المعيشة لا يستطيع التنازل عنه، هذا بالإضافة إلى أن المقامرة تنقله من دنيا إلى دنيا أخرى (القمار بينسينى نفسى والدنيا كلها) ومع ذلك يود أن يتخلص منها لأن الكثيرين من حوله يريدون ذلك، كما أنه بجانب سعادته بها تلقى منها ضربات مؤلمة وموجعة، كما أنه يشعر أن الآخرين ينفرون منه لكونه مقامراً، ويعترف أيضاً بأن المقامرة قد أضرت كثيراً بعملة، وأن زملاءه فى المهنة حققوا كثيراً من الشهرة والربح، وقد كانوا فيما مضى تلاميذة .

الأسرة واتجاه المفحوص منها :

المفحوص متزوج حديثاً من زوجة أميه (لا تقرأ ولا تكتب) ويعيش فى منزل الأسرة، والداه توفيا منذ زمن بعيد وهو أصغر أخوته الخمسة (٤) «إناث و»١« ذكر) ليكون عدد أفراد الأسرة (٦) أفراد، وقد كان الأب والأم يدللانه كثيراً ولا يرفضون له طلب، هذا بجانب الأخوة، خاصة الأخ الكبير، لكن بعد وفاه الوالدين واتجاه المفحوص للمقامرة، تحولت العلاقة تماماً،

فكانوا كثيرون الشجار معه، ولا يمنحونه المال، لادراكهم أنه سيقامر به، وقد وصل العناد بينه وبين أفراد الأسرة إلى أنه كان يأتي بالأصدقاء للمنزل لممارسة المقامرة .

الطفولة :

طفولة المفحوص، كانت ناعمة ومرفهة، وأقل ما يمكن أن توصف به أنها مدله، فكل ما يلزمة من ماديات أو معنويات لابد وأن يتحقق، حتى أنه عندما يرتكب أخطاء كبيرة إلا يعاقب عليها (... مرة كان على ملحق ونسيت أروح الإمتحان، وبابا وماما، عملوش لى حاجة، بس ماما زعلت شوية، وبابا قال لى ولا يهملك) ويرى المفحوص أن الذهاب للمدرسة كان من أكثر العوامل المؤلمة بالنسبة له، لكن ما كان يجعله يتحمل ذلك أن الأب والأم كانا يمنحونه كثير من الأموال (... كنت بأخذ فى اليوم (٢) جنية وده كان مبلغ كبير جداً)، كانت علاقة المفحوص بأصدقاء علاقة مصالح، فكانوا يتقربون إليه حتى ينفق عليهم، كما أنه كان يكره مدرسية بشدة لأنهم كانوا كثير الضرب له. وفى المرحلة الإعدادية والثانوية الصناعية كثيراً ما تشاجر مع مدرسية . وبالنسبة للتبول اللاإرادى، يذكر له المحيطين به أنه توقف وهو يناهز الثامنة من عمرة، هذا وقد كانت ولادته طبيعية وكذلك الفطام .

التعليم :

المفحوص حاصل على الإعدادية، وقد ترك التعليم وهو فى السنة الثانية من التعليم الثانوى الصناعى، وذلك بناء على أوامر والده، وطلباته الملحة على ترك التعليم، فلم يكن على إمتحانه للسنة الثالثة من التعليم الصناعى إلا أسبوع، لكنه ترك المدرسة، وقد كان كثير المشاكل فى المدرسة مع مدرسية وزملاءه.

العمل :

يعمل المفحوص فى ورشة، هى فى الأساس ورشة والده ويعمل معه أخيه الأكبر، وهى ورشة متكاملة، كانوا يطلقون على والده فيها (ملك البستم)، وبجانب العمل فى الورشة، يعمل المفحوص فى تجارة السيارات، لكن المفحوص فشل فى هذا وذاك بسبب المقامرة .

الإقامة :

يقيم المفحوص فى مدينة المنصورة بمنزل العائلة مع زوجته، وفى نفس المنزل تقيم أختية، وهم متزوجات ولديهم أولاد .

الحوادث والأمراض :

لم يذكر المفحوص أنه تعرض لأمراض قبل ذلك أو أنه ذهب للطبيب، فهو يرى أنه يملك صحة قوية منذ طفولته وحتى الآن، إلا أنه أصيب ببعض الأمراض البسيطة فى طفولته والتي كان يصاب بها جميع الأطفال وذلك مثل الحصبة، ونزلات البرد والسعال .

الحقل الجنسى :

لا يرى المفحوص أن الجنس يمثل عيباً أو حرج لأحد، وقد مارس المفحوص الإستمناء منذ وقت مبكر، كان يفرط فيه بشدة، كما أنه لم تكن له علاقات مع الجنس الآخر، ويعتقد المفحوص أن الأمور الجنسية فى الوقت الحالى لم تعد تمثل أى قيمة، فبعد الزواج إنطفئ الجنس بالنسبة له، وربما يكون ذلك من العوامل المسببة لكثير من المشاكل بينه وبين زوجته، خاصة وأنه متزوج حديثاً .

موقفه من الحياة :

عندما تحاول أن تتعرف على موقف المفحوص من الحياة، يتضح من ذلك أن ليس لديه موقف محدد من الحياة، فأحياناً ما يشير إلى أن الحياة صعبة وقاسية وأحياناً أخرى يرى أنها جميلة وممتعة، كما أنه يرى أن ما يضايقه فى الحياة كثرة نواهيها، فهو يريد أن يفعل كل شئ، دون أى قيد أو شرط، خاصة المقامرة، فلا يحب أن يمنعه أحد عن ذلك، مع العلم بأنه يرغب كثيراً فى التوقف عنها، وبالنسبة للقيم الدينية، يرى المفحوص أنه مقصّر جداً فى ذلك، فهو لا يصلى أو يزكى، ونادراً ما يصوم، ومع ذلك يرى أنه سيذهب للجنة .

الأحلام :

يرى المفحوص أنه قليل الأحلام، ونادراً ما يحلم ويتذكر حلمه، كما أنه لا يعطى لأحلامه اهتماماً، فكلها فى نظرة خرافات لا يعلق عليها أى قيمة .

الحالة الرابعة

الإسم: أحمد

السن: ٣٣ سنة

نتائج المفحوص على مقياس المقامرة المرضية قبل تطبيق البرنامج العلاجي			
	الدرجة الثانية	الدرجة الخام	
	٦٢	١٦	

نتائج المفحوص على مقياس سلوك المخاطرة قبل تطبيق البرنامج العلاجي			
	الدرجة الثانية	الدرجة الخام	
	٦٣	١٨	

نتائج المفحوص على مقياس الدفعات الغريزية الجزئية قبل تطبيق البرنامج العلاجي		
أبعاد المقياس	الدرجة الخام	الدرجة الثانية
النظرية	٣٤	٥٨
الإستعراضية	١٠	٤٣
السادية	٣٣	٦٦
المازوخية	٣٦	٧٠

المقابلة الكلينيكية :

تعريف المفحوص .

أحمد: شاب فى الثالثة والثلاثون من العمر، حاصل على دبلوم الصناعة، ولا يعمل، تعرض للسجن لمدة ثلاثة سنوات، بسبب إعطاء شيكات دون رصيد، يبدو على درجة معقولة من الذكاء، وله من الصفات الجسمانية والعقلية والاجتماعية، ما يجعلنا ندرك لأول وهلة أننا أمام حالة مرضية، فالمعتقدات مريضة، والأفكار منطقية، لكنها شاذة، وبين هذا وذاك تلمح بين أعنيه كافة أنواع الاضطراب والانقسام والتردد والحيرة والالتباس، ويتضح ذلك من خلال ما تم فى المقابلة الكلينيكية ، وهى فيما يلى :

الشكوى الحالية :

يعترض المفحوص فى البداية على السؤال: ما هى شكوتك ؟ إذ يرى أنه من المفروض أن أقول ما هو الذى لم تشتكى منه؟ فهو يشكو من كل شئ ويخاف من كل شئ، لكن ما يؤله أنه يود أن يعود لطبيعته وحياته الماضية قبل دخول السجن، كما يشكو المفحوص من تعلقة الشديد بالمقامرة، بالرغم من أنها السبب فى دخوله السجن، وبالرغم من كراهيته لها، إلا أنها الآن بمثابة الوظيفة الأساسية له، ويعانى المفحوص أيضاً من رفض الأسرة له والاحساس بالعار الشديد لدخوله السجن .

الأسرة وإتجاه المفحوص منها :

فى الوقت الحالى، نستطيع أن نقول أن المفحوص ليس له أسرة، فهو يعيش مع أحد أصدقاء بعد خروجه من السجن، أما قبل دخول السجن كان يعيش فى أسرة مكونة من أب وأم وأربعة أخوة، ثلاثة منهم إناث وذكر واحد هو الأكبر، الأب كان يعمل مأمور ضرائب، والأم تعمل مديرة مدرسة إعدادية، الأخوات البنات على درجة عالية من الخلق والتدين، تزوجوا جميعاً من رجال دين، وقد كانوا كثيرى العطف عليه، بجانب الأب والأم، لكنه كان دائم التمرد، رغم أن الطبيعة الفطرية له كانت تشير لإنسان على خلق ومبادئ، تنبع من تصرفاته جوانب تربوية كثيرة، ورغم هذا كان كثير الإعجاب بالمنحرفين وممن هم أقل خلقاً منه، وربما يرجع ذلك

للأخ الأكبر الذى كان متوحداً به لدرجة كبيرة، وقد كان هذا الأخ على درجة كبيرة من الانحراف، فقد قام بارتكاب العديد من الجرائم الاخلاقية التى تشمل النصب، والجنس، والسرقه وهروب ،من الخدمة العسكرية، وبجانب ذلك كان لديه من المعتقدات الشاذة المريضة ما لا يمكن أن يتحملة عقل. ورغم ذلك كان المفحوص شديد التوحد والاعجاب به، وقد تعرض المفحوص لاحباط شديد بعد وفاة الأب ومن بعده الأم، حيث فقد ركنا أساسياً من أركان بناءه النفسى، الذى إختل مع أول احتكاك له بالانحراف .

الطفولة :

عاش المفحوص طفولة سعيدة ملئية بالعطف والحنان، سواء من جانب الوالدين أو الأخوة، فقد كان الأب عطوفاً ودوداً، والأم على درجة عالية من الثقافة ولديها من الأساليب التربوية ما يجعل الفرد سعيداً. وبالنسبة لمرحلة المدرسة، كانت مرحلة سعيدة أيضاً، حيث كان المفحوص شديد التفوق فى المرحلة الابتدائية والإعدادية، لكنه كان يضايقه معايرة أصدقاء له في المدرسة لكونه شديد النحافة. وكانت علاقته بالمدرسين ممتازة إذ كانوا يحترمونه لتفوقه العلمى .

التعليم :

حصل المفحوص على دبلوم الصناعة، وذلك بعد أن رسب فى الثانوية العامة ثلاثة سنوات متتالية، مما أدى للإحباط والصدمة، فقد كان يريد تحقيق آمالة وطموحاته فى التخرج من كلية الهندسة، ولكن لم يستطيع، ويرى المفحوص أن صدمات التعليم هى السبب الرئيسى للتحول الكبير فى شخصيته، ويذكر تحديداً، المرة الثالثة التى رسب فيها فى الثانوية العامة، فقد علم عن طريق الخطأ أنه ناجح، وفى غمرة الفرح يدرك أنه رسب للمرة الثالثة، ومنذ هذا اليوم، تحول المفحوص لرجل آخر، حيث لا قيم ولا مبادئ ولا صداقة ولا أصدقاء، وأصبح ينظر للمجتمع على أنه العدو والباعث على الإحباط، فاتجة إلى المقامرة على المقاهى، والتوحد بالمنحرفين والإعجاب بهم، يقلد حركاتهم وإشارتهم وطريقة حديثهم، بل ويفتخر بصداقتهم، وفى أثناء هذه الفترة أهمل التعليم تماماً وتعلق بالمقامرة بشدة .

العمل :

المفحوص لا يعمل، وذلك قبل أن يدخل السجن أو بعد الخروج منه، وكان يصرف على نفسه من خلال الميراث الذي تركه والداه له، ومن خلال ما ينفقة زوجات الأخوة عليه، إذ كانوا يحبونه بشدة .

الإقامة :

في مرحلة ما قبل السجن، كان المفحوص يقيم مع والداه وأسرته في مدينة المنصورة، وبعد أن توفي أقام مع أخيه الأكبر فقط، إذ تزوجت كل الإناث، أما بعد دخول السجن، أصبح المفحوص يقيم مع أحد أصدقائه نظراً لأن الأخ الأكبر قد باع الشقة، كما أن أخواته الإناث قد برؤا منه لدخوله السجن، ويقول المفحوص (... تقدر تقول إن أنا مقيم في القهوة، لأنها بيتي إلى برتاح فيه) .

الحقل الجنسي :

يذكر المفحوص أن الجنس لم يكن مسيطر على تفكيره كما هو الحال لدى كثير من الناس، لكنه يذكر أنه تعرض لمواقف جنسية في السجن لا يريد أن يتحدث عنها لأن أقل ما يمكن أن توصف به أنها (شنيعة) .

موقفه من الحياة :

الحياة بالنسبة للمفحوص تندرج في كلمتين (يعيش ليقامر) فهو دون عمل، ومن غير سمعة أو إسم، لديه من العار ما يكفي، لا يضمن قوت يومه، فهو من الحقارة بحيث أن عقلة لا يستطيع أن يملئ معدته، وكل ذلك يمكن أن ينساه من خلال المقامرة، وقد يحقق لنفسه بعض من الطمأنينة عن طريق الرهان والمخاطرة .

وموقفه من الحياة، أن ليس له موقف، فهو لا يفكر وإنما يتحرك فقط، ولا ينمو وإنما ينتفخ، وكل ما هو سلبي يمكن أن يكون موقفه من الحياة، تلك التي لا يعرف إلى أين تذهب وماذا تخبي له بعد ذلك .

الأحلام :

يشير المفحوص إلى الحلم التالى، وقد ذكر أنه كثيراً ما كان يأتى إليه وهو فى السجن: "كنت فى الشارع والجو رائع ومشمس، وفجأة إشتد المطر ووجدتني أجرى بسرعة لتجنب المطر، لكنه كان يلاحقني، وفجأة إنقسمت الدنيا إلى منطقة تمطر وأخرى مشمسة، فوجدتني لا أريد الذهاب إلى الشمس، وفضلت أن أكون تحت المطر .

تفسير الحلم :

بالنسبة لمستدعيات الحلم، يذكر المفحوص أنه كثيراً ما كان يحلم بهذا الحلم وهو فى السجن، كما أنه يحلم به أيضاً إبان أن كان يشعر بالذنب وعذاب الضمير. ويمكن أن نفسر الحلم فى ضوء الديناميات النفسية للحالة من حيث :

الحلم يعبر عن تاريخ حياة المفحوص، وكيف أنها إنتقلت من حياة سعيدة إلى حياة تعيسة، كما يوضح الحلم رغبة المفحوص فى الإستمرار فى ممارسة المقامرة، رغم علما بأنها التى قضت عليه وعلى حياته، ويتضح ذلك من خلال مفردات الحلم (الجو رائع ومشمس) وهو تعبير عن الحياة السعيدة التى كان يعيشها قبل ممارسة المقامرة، وكيف أنها إنقلبت رأساً على عقب بعد ممارسة المقامرة (.. الجو رائع ومشمس، وفجأة إشتد المطر) كما يعبر الحلم أيضاً عن رغبة المفحوص فى مقاومة المقامرة لكنه لم يستطيع (.. أجرى بسرعة لتجنب المطر.. لكنه كان يلاحقني)، ويشير الحلم فى النهاية إلى الاستسلام للرغبة المتمثلة فى الإستمرار فى المقامرة (فوجدتني لا أريد الذهاب إلى الشمس وفضلت أن أكون فى المطر)

وقد إستخدم المفحوص مفردات لها دلالتها فى الحلم، فقد إستخدم (الشمس) للتعبير عن الحياة اليومية الصحيحة، فالشمس نور، والطريق الصحيح غالباً ما نصفه بطريق النور، أما طريق الخطأ، غالباً ما نصفه بطريق الظلام، وقد عبر عنه المفحوص، (بالمطر)، ففى أثناء المطر يختفى النور .

الحالة الخامسة

الإسم : بدوى

السن : ٣٥ سنة

نتائج المفحوص على مقياس المقامرة المرضية قبل تطبيق البرنامج العلاجى			
	الدرجة الخام	الدرجة التائية	
	١٦	٦٢	

نتائج المفحوص على مقياس سلوك المخاطرة قبل تطبيق البرنامج العلاجى			
	الدرجة الخام	الدرجة التائية	
	٢٠	٦٧	

نتائج المفحوص على مقياس الدفعات الغريزية الجزئية قبل تطبيق البرنامج العلاجى		
أبعاد المقياس	الدرجة الخام	الدرجة التائية
النظرية	٢٩	٥٣
الإستعراضية	٩	٤٢
السادية	٣٣	٦٦
المازوخية	٣٧	٧١

المقابلة الكلينيكية :

التعريف بالمفحوص :

بدوى: شاب فى الخامسة والثلاثين من عمرة، تخرج من المعهد الصناعى بالمحلة الكبرى، يعيش فى حى شعبى بمدينة المنصورة، له أخ مهندس وهو ابن لأب يعمل مدرباً لإحدى الفرق الكروية بالدرجة الثالثة، عندما تتجاذب أطراف الحديث مع تلك الحالة، تشعر أنك أمام أكثر من حالة كLINيكية وذلك لشدة تعقيد الشخصية، وكثرة إحباطاتها التى لا تثير فضول الكLINيكي، بقدر ما تثير التعاطف والشفقة، وربما تلتمس لها بعض الأعذار .

الشكوى الحالية :

يشكو المفحوص من الفشل المتكرر فى حياته، سواء كان ذلك فى الدراسة أو فى العلاقات الأسرية، وفى الحب، والعمل، وحتى المقامرة التى يظن أنها الحل السحرى لكل مشاكله، فشل فيها أيضاً. وكثرة الفشل الذى يتعرض له المفحوص، يشعره بالنقص والدونية وخيبة الأمل ويعانى المفحوص من عدم الشعور بالنجاح، وعدم القدرة على تغير الظروف من حولة، وذلك من أيام الطفولة وحتى الآن، ويقول المفحوص على حد تعبيره (... أنا حاسس إن أنا إنهزمت أمام نفسى، لدرجة إن أنا باكسف من نفسى) كما يعانى المفحوص من عدم القدرة على التخلص من المقامرة، فقد ضيعت أمواله، وما يزال يتمسك بها (... أنا حاسس إن أنا بشتغل عشان القمار وبس) .

الأسرة واتجاه المفحوص منها :

تتكون الأسرة من الأب والأم والأخ، الأب يعمل مُدْرِياً لإحدى الفرق الكروية بالدرجة الثالثة، والأم ربه منزل، والأخ تخرج من كلية الهندسة ويعمل الآن فى إحدى الدول العربية. وتبدو علاقة المفحوص بالأسرة صعبة جداً، فهو يكره والدته لدرجة كبيرة جداً، بل ويعلمها صراحة ويتمنى موته، فالأب فى نظرة هو المسئول الأول والأخير عن فشله فى حياته، وذلك بسبب تربيته الخاطئة، فقد كان الأب شديد القسوة على المفحوص وعلى باقى أفراد الأسرة، وفوق هذا لم يتحمل مسئولية أسرته، بل كان يدفع أولاده إلى العمل وهم أطفال صغار (...كنت

باشتغل فى فرن عيش من الإبتدائية حتى أيام الجامعة عشان أخذ بالفلوس دروس). كذلك كانت علاقة المفحوص بالأم علاقة سيئة، إذ كان يرى أنها شريكة مع الأب فى تلك السياسة والتربية الخاطئة. أما علاقة المفحوص بالأخ، كانت علاقة سلبية للغاية إذ كان يرى أنه لا يهتم إلا بمصالحة فقط .

الطفولة :

يعتقد المفحوص أنه كان يعيش طفولة يائسة، وأقل وصف لها أنها (يائسة) لا يلعب كما يلعب الأطفال، ومحرم عليه أن يشتهى أى شئ (... أنا فاكرو مرة وأنا صغير قلت لبابا فى الشارع أنا عاوز موز يا بابا .. يومها ضربنى على وشى زى ما أكون شتمتة) .

وفى مرحلة المدرسة، كان المفحوص يشعر بالنقص والدونية تجاة زملاءه، وكان شديد الإنطواء والابتعاد عنهم، وذلك حتى نهاية المرحلة الإعدادية، لكن الأمر إختلف فى المرحلة الثانوية، ومرحلة التعليم فى المعهد، تلك المرحلة التى بدأ يتعلم فيها المقامرة، وبالتالى تعلم كيف يكون إجتماعياً، حتى يستطيع ممارسة المقامرة .

التعليم :

أكمل المفحوص المعهد الفنى الصناعى (نظام العاميين) وقد كان يتمنى أن يدخل كلية الهندسة، لكنه لم يحصل على مجموع كافى يمكنه من ذلك، مما أدى لإحباط شديد له، سواء من الاحساس بالفشل أو من كثرة لوم الأب له .

العمل :

يعمل المفحوص فى إحدى شركات التبريد والتكيف بالمنصورة، وأحياناً ما يقوم بالعمل فى أحد الأفران التى تقوم بعمل الخبز .

الإقامة :

يقيم المفحوص بمدينة المنصورة، بإحدى المناطق الشعبية، وذلك مع والدته ووالدته .

الحوادث والأمراض :

يذكر المفحوص أنه تعرض فى طفولته المتأخرة لحادث دراجة بخارية (موتوسيكل) مما أدى لجرح كبير فى الظهر. ويعلق المفحوص على هذه الحادثة بكل غضب قائلاً: (أى طفل يجرى له حاجة أبوه يأخذه فى حضنة ويطبّط عليه، لكن أنا أبويا كان هيضربنى يومها) ونظراً لموقف الأب، لم يستطيع المفحوص بعد ذلك أن يقول حتى أنه مريض .

الحقل الجنسى :

يذكر المفحوص أنه لم يعرف أى شئ عن الأمور الجنسية حتى وقت متأخر جداً، وما أن عرف طبيعة الأمور الجنسية كانت تسيطر عليه بشكل كبير جداً. وعن علاقته بالجنس الآخر، يذكر أنه أحب زميلة له بالمعهد، وكانت هى كل شئ فى حياته، وهى التى تخفف عنه الحياة الصعبة التى كان يحياها، ويرى المفحوص أنه مارس المقامرة من أجلها، لكى يتحصل على كثير من الأموال التى تضمن له الارتباط بها، وبالرغم من ذلك لم يرتبط بها، فقد تزوجت غيره، فقد ضاعت منه وبقيت له المقامرة .

موقفه من الحياة :

يرى المفحوص أن الحياة ملعونة، وبالتالي لا يوجد مكان فيها للأوفياء أو المخلصين، بل دائماً هناك مكان للملعونين، الكذابين، المنافقين، وربما نكون نحن الأوفياء دخلاء على هذه الدنيا، فنستحق كل ما يجرى لنا، لأن هذه الدنيا ليست مكاننا، ولكى يتوافق الفرد فى حياته، عليه أن يقلب القاعدة دائماً، فيكذب ولا يقول الصدق، وأن يتعلم كيف يكون منافقاً، لا مخلصاً، بإختصار لابد أن يكون الإنسان ذئب لأخيه الإنسان .

يرى المفحوص أن هناك كثير من الأمور فى الحياة، تحدث دون إرادة الإنسان، مثل إختيار أبيه وأمه، وعائلته، وأصدقاء وفقره أو غناه، حتى المقامرة لم يختارها الإنسان ولكنها هى التى إختارتها، وبالرغم من أن الإنسان لا يملك من الأمر شئ، فهو أيضاً لا يستطيع التخلص منها مطلقاً .

الأحلام:

يشير المفحوص إلى أنه قليل الأحلام، ونادراً ما يحلم ويتذكر حلماً له، فقد يشعر أنه يحلم، لكنه لا يعرف للحلم أية تفاصيل .

ويشير ذلك إلى كثرة التفاصيل في أحلامه، وإستخدام لغة الرمز بصورة مبالغ فيه، وهو ما يعكس في محتوى آخر أن الرغبات في أحلامه مستهجنة، سواء على المستوى الذاتى أو الموضوعى، مما يعنى أن هناك صراع ما بين المنظمات النفسية الثلاثة، الهو، الأنا، الأنا الأعلى، وهذا الصراع لم يحسم بعد .

نتائج الدراسة الكلينية ومناقشتها

يتناول الباحث فيما يلي نتائج الدراسة الكلينية من خلال النتائج الكمية الاحصائية التي تشير للتحقق من مدى صحة الفروض، هذا بالاضافة إلى تناول هذه النتائج من خلال البعد الكيفي الذي يتصل بالتحليل والتفسير الدينامي للحالات موضوع الدراسة، ويتضح ذلك من خلال ما يلي :

نتيجة الفرض الثالث:

لقد كان الفرض الثالث ينص على :

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المقامرين قبل وبعد العلاج الجمعي، بأسلوب جماعات الحوار، بالنسبة لسلوك المخاطرة في اتجاه إنخفاض سلوك المخاطرة للجماعة العلاجية.

وللتحقق من صحة هذا الفرض، قام الباحث باتباع الخطوات التالية :

حساب قيمة (ت) بين متوسطات الدرجات التي حصل عليها المقامرين على مقياس سلوك المخاطرة، قبل وبعد استخدام أسلوب جماعات الحوار، كأحد أساليب العلاج الجماعي، وذلك كما هو موضح بالجدول التالي :

جدول (٣٩)

يوضح نتائج إختبار (ت)

بين درجات المقامرين على مقياس سلوك المخاطرة قبل وبعد
إستخدام أسلوب جماعات الحوار كأحد أساليب العلاج الجماعي

م	الإسم	التطبيق القبلي	التطبيق البعدي	ف	ح ف	ح ٢ ف
١	رياض	٦٧	٦٣	٤	٥٢ -	٢٧٠٤
٢	هاني	٦٣	٤٩	١٤	٤٨	٢٣٠٤
٣	عبدالله	٦٧	٦٠	٧	٢٢ -	٤٨٤
٤	أحمد	٦٣	٥٤	٩	٠٢ -	٠٠٤
٥	بلوى	٦٧	٥٢	١٢	٢٨ +	٧٨٤
				٤٦		٦٢٨

$$م ف = \frac{م ف}{ن} = \frac{٤٦}{٥} = ٩٢$$

$$ح ف = (م ف - ف)$$

$$ت = \sqrt{\frac{م ف}{(١ - ن)}} = \sqrt{\frac{٩٢}{٢٠}} = \sqrt{\frac{٩٢}{١٧٧}} = ١٩$$

$$درجة الحرية = ن - ١ = ٥ - ١ = ٤$$

وبالكشف عن قيمة (ت) المحسوبة (١٩) عند درجة حرية (٤) وجد أنها دالة إحصائياً
عند مستوى (٠.٠١) ، مما يشير إلى فاعلية البرنامج العلاجي فى خفض سلوك المخاطرة لدى
المقامرين.

تفسير نتيجة الفرض الثالث :

تشير نتيجة الفرض الثالث إلى أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المقامرين، قبل وبعد العلاج الجماعي بأسلوب جماعات الحوار، بالنسبة لسلوك المخاطرة، في اتجاه انخفاض سلوك المخاطرة، حيث كانت قيمة (ت) = (١٩ر٥) دالة إحصائياً عند مستوى (١٠ر)، وذلك في اتجاه انخفاض سلوك المخاطرة لدى المقامرين ممن تم تطبيق البرنامج العلاجي عليهم، مما يشير إلى أن هناك فاعلية لأسلوب جماعات الحوار، كأحد أساليب العلاج الجماعي، في خفض سلوك المخاطرة لدى المقامرين، ويمكن تفسير ذلك كمياً كما يلي :

فمن الناحية الكمية أوضحت النتائج أن المفحوص (رياض) و (عبدالله) و (بدوى) قد حصلوا على أعلى الدرجات بالنسبة لسلوك المخاطرة حيث حصل كلاهما على (٦٧) درجة تائية، وذلك قبل تطبيق البرنامج العلاجي، وعلى الرغم من انخفاض الدرجة بعد تطبيق البرنامج العلاجي، إلا أنها ما تزال في النطاق المرضى، حيث حصل (رياض) على (٦٣) درجة تائية، وهى درجة ما تزال في الجانب المرضى، أما المفحوص (عبدالله) فقد إنخفضت الدرجة الى (٦٠) درجة تائية وهى أيضاً درجة مرضية، أما بالنسبة للمفحوص (بدوى) فقد إنخفضت درجته بعد تطبيق البرنامج العلاجي إلى (٥٢) درجة تائية، وقد يبدو هذا الانخفاض ملحوظا من حيث الشدة لكنه لم يصل بعد إلى درجة متوسطة.

كما أشارت النتائج إلى أن أكثر الحالات تحسنا، هو المفحوص (هاني)، حيث إنخفضت لديه الدرجة التائية على سلوك المخاطرة من (٦٣) إلى (٤٩) درجة تائية، وعلى الجانب الآخر نجد أن المفحوص (أحمد) قد حصل على (٦٣) درجة تائية قبل تطبيق البرنامج العلاجي، قد إنخفضت لديه الدرجة لتصل إلى (٥٤) درجة تائية بعد البرنامج العلاجي، وهو ما يشير إلى تحسن في حالته لكنه لم يصل بعد إلى درجة متوسطة.

ومن ناحية أخرى نجد أن المفحوص (رياض) لم يجدى معه العلاج فى خفض سلوك المخاطرة لديه بدرجة كافية فقد حصل على (٦٣) درجة تائية بعد تطبيق البرنامج العلاجي، بدلاً من (٦٧) درجة تائية قبل تطبيق البرنامج العلاجي، إلا أنها لم تزل فى النطاق المرضى.

هذا فيما يتصل بالناحية الكمية الاحصائية، والتي نرى أنها تقف عند محسوس الظاهر وترصد فقط دون أن تفسر وتحلل وتضع علامات الاستفهام، كي تصل لما هو وراء محسوس الظاهر، فتمسك بلامعقولية الباطن، فالأرقام لا تعيننا كثيراً على فهم سلوك فرد بعينه في موقف محدد في الزمان والمكان (يوسف مراد، ١٩٦٣، ص ٥) لذلك ننتقل إلى تناول نتيجة الفرض الثالث من خلال البعد الكيفي.

لقد حدث إنخفاض في سلوك المخاطرة لدى المقامرين، نظراً لفاعلية جماعات الحوار، من حيث قدرتها على عمل نوع من الإتصال بالآخرين في الجماعات العلاجية، حيث أن الالتقاء بالآخر عبر الجماعة العلاجية قد أدى إلى تخطى حواجز النرجسية وتحجيم دور التناقض الوجداني الذي كان يشمل كراهية للذات وللآخرين، ثم القضاء عليها مما أدى إلى القضاء على مشاعر الذنب.

هذا وقد أدى البرنامج العلاجي أيضاً إلى نوع من الإستبصار بالأعراض الخاصة بهم، مما مكنهم من الإمساك بدرجات متفاوتة باللاشعور، وقد ظهر ذلك بوضوح في الجلسات الكلينيكية، التي بلغت (٢٠) جلسة استطعنا من خلالها ان نلاحظ التطور في كل حالة، من حيث الأعراض، والميكانيزمات الدفاعية، والعلاقة بالموضوع، والمقاومة، والطرح. ومن خلال ذلك استطاع البرنامج العلاجي أن يساعد المفحوصين على تحسين علاقتهم بذواتهم من ناحية، وبالأخرين من ناحية أخرى والقضاء على الطابع النرجسي للذات، وكذلك القضاء على الشعور بالذنب الذي يمثل جوهر الأزمة لدى المقامرين.

وقد ظهرت فاعلية البرنامج العلاجي من خلال الجلسات في التركيز على الآثار السلبية لسلوك املمخاطرة، مع التأكيد للمقامرين بأن المخاطرة ليست قيمة، وأنه ليس من الشجاعة أن تواجه مجهولاً وتسعى وراء هدف قد يدمر ذات الفرد، فقد أدرك المقامرين - لدرجة ما - أن النشوة التي يشعرون بها من ممارسة المخاطرة في المقامرة، إنما هي نشوة مفتعلة ونوع من الوهم الزائف، وإن كان بالفعل يمثل نوعاً من السعادة فهي سعادة على حساب الذات وقيمتها، والأجدر بالمقامرين أن يخاطروا من أجل شئ ذي قيمة.

وإستطاع البرنامج العلاجي أن يزيل الفكرة الراسخة في أذهان عينة المقامرين، من حيث أنهم يقامرون بحثاً عن الاثارة وطلباً للمخاطرة التي تقضي على الشعور بالملل، وذلك عن طريق توجيه إهتمامهم إلى الكثير من الأنشطة التي تلائم طموحاتهم.

نتيجة الفرض الرابع: لقد كان الفرض الرابع ينص على:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المقامرين قبل وبعد العلاج الجماعى بأسلوب جماعات الحوار، بالنسبة للدفعات الغرزية الجزئية، فى إتجاه إنخفاض الدفعات الغرزية الجزئية .

وينقسم الفرض الرابع إلى أربع فروض فرعية :

أ - توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المقامرين قبل وبعد العلاج الجماعى بأسلوب جماعات الحوار بالنسبة لبعـد النظرية فى إتجاه إنخفاض النظرية .

ب - توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المقامرين قبل وبعد العلاج الجماعى بأسلوب جماعات الحوار، بالنسبة لبعـد الاستعراضية فى إتجاه إنخفاض الاستعراضية .

ج - توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المقامرين قبل وبعد العلاج الجماعى بأسلوب جماعات الحوار بالنسبة لبعـد السادية فى إتجاه إنخفاض السادية .

د - توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المقامرين قبل وبعد العلاج الجماعى بأسلوب جماعات الحوار بالنسبة لبعـد المازوخية فى إتجاه إنخفاض المازوخية .

وللتحقق من صحة الفرض الفرعى (أ) المشتق من الفرض الرابع قام الباحث باتباع الخطوات التالية :

حساب قيمة (ت) بين متوسطات الدرجات التى حصل عليها المقامرين على بُـد النظرية، قبل وبعد إستخدام أسلوب جماعات الحوار، كأحد أساليب العلاج الجماعى، وذلك كما هو موضح بالجدول التالى :

جدول (٤٠)

يوضح نتائج إختبار (ت)

بين درجات المقامرين على بُعد النظارية قبل وبعد

بإستخدام أسلوب جماعات الجوار كأحد أساليب العلاج الجماعى

م	الإسم	التطبيق القبلى	التطبيق البعدى	ف	ح ف	ح ٢ف
١	رياض	٥١	٥٠	١	٤ر٢ -	١٧ر٦٤
٢	هانى	٦٠	٤٨	١٢	٦ر٨ +	٤٦ر٢٤
٣	عبدالله	٥٧	٥٥	٢	٣ر٢ -	١٠ر٢٤
٤	أحمد	٥٨	٥٤	٤	١ر٢ -	١ر٤٤
٥	بدوى	٥٣	٤٦	٧	١ر٨ +	٣ر٢٤
				٢٦		٧٨ر٨

$$م ف = \frac{م ج ف}{ن} = \frac{٢٦}{٥} = ٥ر٢$$

$$ح ف = (ف - م ف)$$

$$ت = \sqrt{\frac{م ف}{ن(١ - ن)}} = \sqrt{\frac{٥ر٢}{(١ - ٥) - ٥}} = \sqrt{\frac{٥ر٢}{٢٠}} = ٥ر٦٢$$

$$درجة الحرية = ن - ١ = ٥ - ١ = ٤$$

وبالكشف عن قيمة ت المحسوبة (٥ر٦٢) عند درجة حرية (٤) وجد أنها دالة إحصائيا

عند مستوى (٥ر٠) مما يشير إلى فاعلية البرنامج العلاجى فى خفض النظارية لدى المقامرين.

تفسير نتيجة الفرض (أ) المشتق من الفرض الرابع:

تشير نتيجة الفرض (أ) المشتق من الفرض الرابع، إلى أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المقامرين، قبل وبعد العلاج الجماعي بأسلوب جماعات الحوار، بالنسبة لبعد النظرية، في اتجاه إنخفاض النظرية، حيث كانت قيمة (ت) (٢٦٢) دالة إحصائياً عند مستوى (٥٠) وهو ما يشير إلى مدى فاعلية البرنامج العلاجي في خفض معدلات النظرية لدى المقامرين.

ومن الناحية الكمية يتضح أن المفحوص (رياض) لم تتأثر درجته على مقياس النظرية قبل وبعد العلاج، حيث حصل المفحوص على (٥١) درجة تائية قبل تطبيق البرنامج العلاجي، إنخفضت هذه الدرجة إلى (٥٠) درجة تائية بعد تطبيق البرنامج العلاجي، وهو إنخفاض غير دال، وتشير درجات المفحوص الثاني (هاني) إلى أنه أكثر الحالات تحسناً، حيث حصل المفحوص على (٦٠) درجة تائية قبل العلاج، إنخفضت إلى (٤٨) درجة تائية بعد تطبيق البرنامج العلاجي، وهو إنخفاض دال يعبر عن تحسن حالة المفحوص، أما بالنسبة للمفحوص الثالث (عبدالله) فقد حصل على (٥٧) درجة تائية قبل تطبيق البرنامج العلاجي، إنخفضت هذه الدرجة إلى (٥٥) درجة تائية بعد تطبيق البرنامج العلاجي، وهو إنخفاض غير دال، يشير إلى أن المفحوص لم يزل بعيداً عن السوية بعض الشيء، وبالنسبة للمفحوص الرابع (أحمد) فقد حصل على (٥٨) درجة تائية قبل تطبيق البرنامج العلاجي، إنخفضت إلى (٥٤) درجة تائية بعد تطبيق البرنامج العلاجي، وهي درجة لم تصل إلى الحد المتوسط.

أما الحالة الخامسة (بدوي) فقد حصل على (٥٣) درجة تائية قبل تطبيق البرنامج العلاجي، إنخفضت هذه الدرجة لتصل إلى (٤٦) درجة تائية بعد تطبيق البرنامج العلاجي، وهي درجة حدية، أي أنها بين بين، تقع بين السوية والمرض.

ومن الناحية الكيفية يتضح لنا أن البرنامج العلاجي قد استطاع أن يحدث تغيرات في البناء النفسي، وخاصة في الأفعال الانحرافية الخاصة بالنظرية عن طريق إستقامة العلاقة بالموضوع، وإكتساب نمط من العلاقات مع الآخرين أكثر نضجاً، استطاع من خلاله المقامر أن يشعر بأنه ذات مقبولة فخطئ أولى خطواته نحو الصحة النفسية، وقد إنخفضت النظرية لدى

المقامرين عندما حدث نوع من الاستبصار إلى الامساك بها، فأصبح المقامر يتحكم فى النظرية بعد أن كانت النظرية هى التى تتحكم فيه. وقد ساعد البرنامج العلاجى المقامرين كى يصلوا لهذه المرحلة، من خلال العلاقة الطيبة بالآخر، وجو الدفء والتسامح الذى خلقتة جماعات الحوار. فعندما أصبح الآخر متاح للمقامر، أصبح الليبدو الشاغر ملئ بطاقة الحب بدلا من طاقة الكراهية، فأصبحت النظرية عديمة الفائدة، فبعد أن كان المقامر يخاف من فقدان الموضوع، أصبح الموضوع فى متناول الأعين قبل أن يكون فى متناول اليد.

وقبل أن يتم تطبيق البرنامج العلاجى، كان البناء النفسى للمقامر هاشأ محبطاً وما أن إشدت فاعليات الجلسات العلاجية، إستعاد بعض المقامرين قواهم النفسية، فتغلبوا على جزء كبير من إحباطاتهم وكذلك أوهامهم الذاتية، فأصبح الأنا على درجة من القوة، وإذا كانت النظرية قدرة ما لا قدرة له، فقد أصبح المقامر بعد البرنامج العلاجى على درجة من القوة تجعله ليس بحاجة لأن يكون نظارى.

نتيجة الفرض الفرعى (ب) المشتق من الفرض الرابع

يشير الفرض الفرعى (ب) المشتق من الفرض الرابع إلى أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المقامرين قبل وبعد العلاج الجماعى بأسلوب جماعات الحوار بالنسبة لبعد الإستعراضية، فى إتجاه إنخفاض الاستعراضية .

وللتحقق من صحة الفرض الفرعى (ب) المشتق من الفرض الرابع، قام الباحث باتباع الخطوات التالية :

حساب قيمة (ت) بين متوسطات الدرجات التى حصل عليها المقامرين على بُعد الاستعراضية، قبل وبعد إستخدام أسلوب جماعات الحوار، كأحد أساليب العلاج الجماعى، وذلك كما هو موضح بالجدول التالى :

جدول (٤١)

يوضح نتائج إختبار (ت)

بين درجات المقامرين على بُعد الاستعراضية قبل وبعد
باستخدام أسلوب جماعات الحوار كأحد أساليب العلاج الجماعي

م	الإسم	التطبيق القبلى	التطبيق البعدى	ف	ح ف	ح ٢ ف
١	رياض	٤٩	٤٨	١	٠.٦	٠.٣٦
٢	هانى	٤٥	٤٥	صفر	٠.٤ -	٠.١٦
٣	عبدالله	٥٤	٥٣	١	٠.٦	٠.٣٦
٤	أحمد	٤٣	٤٣	صفر	٠.٤ -	٠.١٦
٥	بدوى	٤٢	٤٢	صفر	٠.٤ -	٠.١٦
				٢		١.٢

$$م ف = \frac{م ج ف}{ن} = \frac{٢}{٥} = ٠.٤$$

$$ح ف = (ف - م ف)$$

$$ت = \sqrt{\frac{م ف}{ن(١ - ن)}} = \sqrt{\frac{٠.٤}{١.٢}} = \frac{٠.٤}{٠.٢٤} = ١.٦٦$$

$$درجة الحرية = ن - ١ = ٥ - ١ = ٤$$

وبالكشف عن قيمة (ت) المحسوبة (١.٦٦) عند درجة حرية (٤) وجد أنها غير دالة إحصائياً سواء كان ذلك عند مستوى (٠.٥) أم عند مستوى (٠.١) مما يشير إلى أن البرنامج العلاجى لم يجدى فى خفض معدل الاستعراضية لدى المقامرين.

تفسير نتيجة الفرض (ب) المشتق من الفرض الرابع:

تشير نتيجة الفرض (ب) المشتق من الفرض الرابع إلى أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المقامرين قبل وبعد العلاج الجماعي بأسلوب جماعات الحوار، بالنسبة لبعد الاستعراضية حيث كانت قيمة (ت) (١٦٦) غير دالة إحصائياً.

وليس معنى أن الفرض لم يتم تحقيقه أنه فرض خاطئ، ولكن معنى ذلك أيضاً أننا قد وصلنا إلى نتيجة.

فمن الناحية الكمية يتضح لنا أن المفحوص (رياض) قد حصل على (٤٩) درجة تائية قبل تطبيق البرنامج العلاجي، إنخفضت إلى (٤٨) درجة تائية، وهو إنخفاض غير دال، أما المفحوص الثانى (هانى) فقد حصل على (٤٥) درجة تائية قبل تطبيق البرنامج العلاجي، وكذلك بعد تطبيق البرنامج العلاجي، حصل على نفس الدرجة والمفحوص الثالث (عبدالله) حصل على (٥٤) درجة تائية قبل تطبيق البرنامج العلاجي، إنخفضت إلى درجة واحدة، لتصبح (٥٣) درجة تائية بعد تطبيق البرنامج العلاجي، وبالنسبة للمفحوص الرابع (أحمد) فقد حصل على (٤٣) درجة تائية قبل تطبيق البرنامج العلاجي وبعد تطبيقه، وكذلك حصل المفحوص الخامس (بدوى) على (٤٢) درجة تائية قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي ويرى الباحث أن البرنامج العلاجي لم يستطيع أن يقلل من درجة الإستعراضية لدى المقامرين لأن درجاتهم فى الأساس لم تكن درجات تعبر عن جانب مرضى، بقدر ما كانت تعبر عن جانب سوى، كما أنفاعليات وديناميات البرنامج العلاجي فى إستخدامه لجماعات الحوار يعتمد على رأب الصدع للبنية النفسية المرضية، أما وإن كانت هذه البنية سليمة فيما يتصل بالإستعراضية، فإنه يبدو أن ليس هناك فروق ذات دلالة بين متوسطات درجات المقامرين قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي بأسلوب جماعات الحوار بالنسبة لبعد الاستعراضية.

وفى هذا الصدد، يشير (بانستر) إلى أن الطرق العلاجية للمقامرين قد تكون عديمة الفائدة إذا كان المقامرين لم يصلوا بعد للدرجة المرضية، وهنا يجب أن ندرك أن ذلك لا يعبر عن فشل الطرق العلاجية للمقاومة، بقدر ما يعبر عن أن المقامرين لا يحملون أى دلالة مرضية يمكن علاجها (Bannister, G. 1977, p. 224).

نتيجة الفرض الفرعى (ح) المشتق من الفرض الرابع:

تشير نتيجة الفرض الفرعى (ح) المشتق من الفرض الرابع إلى أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المقامرين قبل وبعد العلاج الجماعى بأسلوب جماعات الحوار بالنسبة لبعء السادية فى إتجاه إنخفاض السادية ل.

وللتحقق من صحة هذا الفرض قام الباحث بما يلى :

حساب قيمة (ت) بين متوسطات الدرجات التى حصل عليها المقامرين على بُعء السادية، قبل وبعد استخدام أسلوب جماعات الحوار، كأحد أساليب العلاج الجماعى، وذلك كما هو موضح بالجدول التالى :

جدول (٤٢)

يوضح نتائج إختبار (ت)

بين درجات المقامرين على مقياس السادية قبل وبعد

باستخدام أسلوب جماعات الحوار كأحد أساليب العلاج الجماعي

م	الإسم	التطبيق القبلى	التطبيق البعدى	ف	ح ف	ح ٢ ف
١	رياض	٦٥	٦١	٤	٣٢-	١٠٢٤
٢	هانى	٦٦	٥٥	١١	٣٨+	١٤٤٤
٣	عبدالله	٦٨	٦٣	٥	٢٢-	٤٨٤
٤	أحمد	٦٦	٥٩	٧	٠٢-	٠٠٤
٥	بدوى	٦٦	٥٧	٩	١٨+	٣٢٤
				٣٦		٣٢٨

$$م ف = \frac{م ج ف}{ن} = \frac{٣٦}{٥} = ٧٢$$

$$ح ف = (م ف - ف)$$

$$ت = \sqrt{\frac{م ف}{ن(١-ن)}} = \sqrt{\frac{٧٢}{٣٢٨ \cdot ٢٠}} = ٥٦٢$$

$$درجة الحرية = ن - ١ = ٥ - ١ = ٤$$

وبالكشف عن قيمة (ت) المحسوبة (٥٦٢) عند درجة حرية (٤) وجد أنها دالة إحصائياً

عند مستوى (٠,٠١) مما يشير لفاعلية البرنامج العلاجى فى خفض معدلات السادية.

تفسير نتيجة الفرض الفرعى (ح) المشتق من الفرض الرابع:

تشير نتيجة الفرض الفرعى (ح) المشتق من الفرض الرابع، إلى أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المقامرين قبل وبعد العلاج الجماعى بأسلوب جماعات الحوار بالنسبة لبعد السادية، فى إتجاه إنخفاض السادية، حيث كانت قيمة (ت) (٥٦٢) دالة إحصائياً عند مستوى (٠.٠١)، مما يشير إلى فاعلية البرنامج الطلابى فى خفض معدلات السادية، ويمكن تفسير ذلك كما يلى :

من الناحية الكمية أوضحت النتائج أن المفحوص (عبدالله) قد حصل على أعلى الدرجات بالنسبة لبعد السادية، (٦٨) درجة تائية، وذلك قبل تطبيق البرنامج العلاجى، وقد انخفضت هذه الدرجة، لتصل إلى (٦٣) درجة تائية بعد تطبيق البرنامج العلاجى، ورغم إنخفاض الدرجة إلا أنها ما زالت فى النطاق المرضى، وبالنسبة للمفحوص (أحمد) فقد حصل على (٦٦) درجة تائية قبل تطبيق البرنامج العلاجى، ثم إنخفضت الدرجة بعد تطبيق البرنامج العلاجى لتصل إلى (٥٩) درجة تائية ، وهو ما يشير إلى تحسن فى حالة المفحوص ، لكنه لم يصل بعد إلى درجة متوسطة كما أشارت النتائج إلى أن المفحوص (هانى) كان أكثر الحالات تحسناً فيما يتصل ببعد السادية ، إذ حصل قبل تطبيق البرنامج العلاجى على (٦٦) درجة تائية ، ثم إنخفضت بعد تطبيق البرنامج العلاجى إلى (٥٥) درجة تائية ، وهو إنخفاض ملحوظ لكنه لم يصل لدرجة متوسطة .

وبالنسبة للمفحوص (رياض) فقد حصل على (٦٥) درجة تائية قبل تطبيق البرنامج العلاجى ، ثم إنخفضت هذه الدرجة لدية بعد البرنامج العلاجى لتصل إلى (٦١) درجة تائية ، وهو ما يشير لحدوث تحسن فى حالته ، لكنها لم تزال فى النطاق المرضى .

أما بالنسبة للمفحوص (بدوى) فقد إنخفضت درجته بعد تطبيق البرنامج العلاجى إلى (٥٧) درجة تائية بعد أن كانت (٦٦) درجة تائية قبل تطبيق البرنامج العلاجى ، وهو ما يؤكد الدور الفعال لأسلوب جماعات الحوار كأحد أساليب العلاج الجماعى ومن الناحية الكيفية يتضح لنا أن البرنامج العلاجى، إستطاع من خلال لغة الحوار ، أن يخلق نوعاً من التقارب بين الأنا والآخر ، فتحوّلت العلاقة بين المقامر والآخرين ، من علاقة إجتماعية عن بعد ، إلى

علاقة صداقة عن قرب لا تهدف لشيء إلا لرغبة في الآخر ذاته و ،من ثم إستطاع المقامر أن يتخلي نسبياً عن أنانيته و نرجسيته و الحقد الدفين داخلة ، فانخفضت ساديته ، وبذلك إستطاع المقامر أن يعيد لذاته نوعاً من التوازن الذاتى ، إذا أنه بتخيلة عن ساديته ، إستطاع أن يوفر جزءاً كبيراً من الطاقة النفسية فلم يعد مهما أن تصل ساديته للآخرين ، ولا يفيد أن يشعر الآخر بالنقص والدونية ، فقد أدرك المقامر نسبياً أن خيبة أمل الآخرين وحرمانهم و الألامهم ، لا تفيد في شيء ، ومن ثم إستطاعت الدفعات الغريزية أن تتلائم من جديد تحت شعار الحب ، بعدما تفككت من قبل تحت راية الكراهية وتوجيه الأحقاد للآخرين.

وقد إستطاع البرنامج العلاجى من خلال إستخدام جماعات الحوار، أن ينمى لدى المقامر فكرة (الإدارة) فكثير من الأفعال والسوكيات السادية لدى المقامر تنتج من خلال إختلال الإدارة لديه لأتفه الأسباب، ومن خلال البرنامج العلاجى والإستبصار الذى تم لدى المقامرين، أصبح لدى عنية المقامرين بعضاً الإرادة التى إستطاعت أن تضبط المسافة بين المقامر والآخرين . ومن خلال ذلك إنخفضت حدة الرغبات المستهجنة ، ومن قبيل العنف والعنوان . والتملك والحيازة ، وتحولت الرغبة فى غزو الآخر والسيطرة عليه إلى رغبة فى الإتحاد به . والتطلع إليه ، إذ أدرك المقامر أن تملك الآخر أمراً مستحيل ، وأن الممكن هو الإتحاد به . فتخلي المقامر بذلك عن نرجسية التى كانت تحاول مزاراً أن تضع الآخر تحت إمرة الذات ، وبالتخلي عن النرجسية إستعادت الأنا لدى المقامر بعضاً من شتات الشخصية .

نتيجة الفرض الفرعى (د) المشتق من الفرض الرابع :

يشير الغرض الفرعى (د) المشتق من الفرض الرابع إلى أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المقامرين قبل وبعد العلاج الجماعى بأسلوب جماعات الحوار بالنسبة لبعد المازوخية فى إتجاه إنخفاض المازوخية .

وللتحقيق من صحة الفرض الفرعى (د) المشتق من الفرض الرابع ، قام الباحث باتباع الخطوات التالية :

حساب قيمة (ت) بين متوسطات الدرجات التى حصل عليها المقامرين علي بعد المازوخية قبل وبعد إستخدام أسلوب جماعات الحوار ، كأحد أساليب العلاج الجماعى ، وذلك كما هو موضح بالجدول التالى :

جدول (٤٣)

يوضح نتائج إختبار (ت)

بين درجات المقامرين على بُعد المازوخية قبل وبعد

باستخدام أسلوب جماعات الحوار كأحد أساليب العلاج الجماعي

م	الإسم	التطبيق القبلي	التطبيق البعدي	ف	ح ف	ح ٢ ف
١	رياض	٧٠	٦٦	٤	٨ -	٦٤
٢	هاني	٧٠	٥٢	١٨	٦ +	٣٦
٣	عبدالله	٧١	٦٢	٩	٣ -	٩
٤	أحمد	٧٠	٥٤	١٦	٤ +	١٦
٥	بدوي	٧١	٥٨	١٣	١ +	١
				٦٠		١٢٦

$$م ف = \frac{م ج ف}{ن} = \frac{٦٠}{٥} = ١٢$$

$$ح ف = (م ف - ف)$$

$$ت = \sqrt{\frac{م ف}{(١ - ن)}} = \sqrt{\frac{١٢}{(١ - ٥)}} = ٤,٨$$

$$درج الحرية = ١ - ٥ = ٤$$

وبالكشف عن قيمة (ت) المحسوبة (٤,٨) عند درجة حرية (٤) وجد أنها دالة

إحصائية عن مستوى (٠,٠١) مما يشير إلى فاعلية البرنامج العلاجي في خفض المازوخية لدى المقامرين.

تفسير نتيجة الفرض (د) المشتق من الفرض الرابع :

تشير نتيجة الفرض (د) المشتق من الفرض الرابع ، إلى أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المقامرين قبل وبعد العلاج الجماعي بأسلوب جماعات الحوار ، بالنسبة لبعد المازوخية ، فى إتجاه إنخفاض المازوخية ، حيث كانت قيمة (ت) (٨ ، ٤) دالة إحصائياً عن مستوى (٠١ ،) مما يشير إلى فاعلية البرنامج العلاجى فى خفض معدل المازوخية. ويمكن تفسير ذلك من خلال ما يلى :

من الناحية الكمية أوضحت النتائج أن المفحوص (عبد الله) و (بدوى) قد حصلوا على أعلى الدرجات بالنسبة لبعد المازوخية ، حيث حصل كل منها على (٧١) درجة تائية ، وذلك قبل تطبيق البرنامج العلاجى ، وعلى الرغم من إنخفاض الدرجة إلى (٦٢) درجة تائية بالنسبة للمفحوص (عبد الله) بعد تطبيق البرنامج العلاجى ، وإلا أنها ما تزال فى النطاق المرضى أما بالنسبة للمفحوصين (بدوى) فقد إنخفضت الدرجة على بعد المازوخية بعد تطبيق البرنامج العلاجى لتصل إلى (٥٨) درجة تائية وقد يبدو هذا الإنخفاض ملحوظا من حيث درجة الشدة ، لكنه لم يصل بعد إلى درجة متوسطة ، كما أشارت النتائج إلى أن المفحوص (هانى) كان أكثر الحالات تحسنا فيما يتصل ببعد المازوخية ، إذ حصل على (٧٠) درجة تائية قبل تطبيق البرنامج العلاجى ، لتتخفض إلى (٥٢) درجة تائية بعد تطبيق البرنامج العلاجى وعلى الجانب الآخر نجد أن المفحوص (أحمد) قد حصل على (٧٠) درجة تائية قبل تطبيق البرنامج العلاجى ، إنخفضت إلى (٥٤) درجة تائية بعد تطبيق البرنامج العلاجى ، وهو ما يشير إلى تحسن فى حالته بالنسبة للمازوخية ، لكنه لم يصل بعد إلى درجة متوسطة ، وفى الوقت نفسه نجد أن المفحوص (رياض) لم يجدى معه البرنامج العلاجى فى خفض المازوخية ، فقد حصل على (٧٠) درجة تائية قبل تطبيق البرنامج العلاجى ، إنخفضت إلى (٦٦) درجة تائية بعد تطبيق البرنامج العلاجى ، هذا فيما يتصل بالناحية الكمية وفيما يتصل بالنواحي الكيفية ، فقد استطاع البرنامج العلاجى أن يحدث نوعاً من المصالحة بين الأنا الأعلى والأنا لدى المقامر، مما أدى لأن يتخلى الأنا الأعلى عن جزء كبير من ساديتة وقسوته تجاه الأنا لدى المقامر. وقد أدى ذلك لنوع من التوافق بين المنتظمين (الأنا الأعلى والأنا) فى التفكير والوجدان والسلوك . فتخلى الأنا عن الطابع الأنثوى الذى كان دائما يتطلب العقاب ، فعندما

حدث السِّلح بين الأنا والأنا الأعلى ، إنخفض الشعور بالذنب لدى المقامر ، فأصبح أقل مازوخية .

ومن خلال الحالات الكلينيكية ، إتضح أن المقامرين ينظرون إلى الخسارة بأنها لا بد وأن يتبعها فوز كبير ، وكان الألم فى نظرهم لا يبدو أن يلحق به لذة وسعادة ، وهو ما أدى إلي مازوخية شديدة لدى المقامر ، وإستطاع البرنامج العلاجى أن يعدل نسبيا هذه الفكرة ، وإنه فى الغالب يؤدى الألم والخسارة إلى ألم وخسارة أخرى . كما أنه عندما إستقامت العلاقة بين الأنا و الأنا الأعلى من ناحية ، وبين الأنا والآخر من ناحية أخرى، أصبحت القضية موداه أن « الألم لا يفيد» وأن الأثارة والمخاطر ولذة الألم ستؤدى فى النهاية إلى الإنتحار ، فمن خلالها يخسر المقامر يوما بعد يوم ماله وذاته . ومن خلال هذا التعديل الفكرى ، إستطاع البرنامج العلاجى أن يقضى نسبياً على التناقض الوجداني المتمثل فى أن عذاب المقامر وهو مصدر ساديته ، فتحولت المعادلة إلي أن عذابه يؤدى إلى عذاب ، وسعادته هي مصدر لذته .

وإستطاع البرنامج العلاجى أن يحقق ذلك أيضا من خلال القضاء نسبياً علي نرجسيته المقامر ، والتي كانت أحد أسباب مازوخيته ، إذا أن المقامر من خلال المازوخية يرتد إلى ذاته ، يحاول أن يعيدها لقواها ، وفى هذا إستثمار للشحنات الليبيدية من العالم الموضوعى ، إلى العالم الذاتى ، فأصبح المقامر من خلال البرنامج العلاجى يستثمر شحناته الليبيدية فى العالم الموضوعى بدلاً من الذات.

ويشير (ديكرسون) إلى أن القضية الأساسية لدى المقامر هي الإدراك الخاطئ فى الحصول على اللذة ، مما يجعله يسلك سلوكيات تختلف جذرياً عن سلوكياتنا نحن العاديين، ولو استطاع المعالج النفسى أن يعدل من الافكار المريضة للمقامر فى حصوله علي اللذة ، لأستطاع أن يعالجه من المقامرة (Dickerson, M, 1988 . p.137).

توصيات الدراسة :

توصى الدراسة الحالية بالعديد من التوصيات غير المبالغ فيها والتي تسير وفق حاجات المجتمع ومتطلباته وقدراته أيضا وإذ نقول بضرورة هذه التوصيات ، فلا بد ألا ننتظرها بعيدا عن النظرة العملية العلمية ، وتتضمن هذه التوصيات ما يلي :

١ - عدم النظر للمقامرين على أنهم فئة واحدة ، بل فئات متعددة تمثل المقامر الإجتماعي ، والمقامر المخترف ، والمقامر الهاوى ، و المقامر بالصدفة ، والمقامر المرضى ، أى أنه لا بد من أن نتوخي الدقة فى تصنيف المقامرين حتى نتمكن من التعامل معهم والنظرة إليهم ، فنحن ننظر للمقامر على أنها (جريمة) تتطلب العقاب ، وليس (مرض) يستوجب العلاج وذلك بسبب الخطأ الذى وقع فيه ، من حيث أن كل المقامرين مجرمين ، أما وإن قمنا بتصنيفهم علمياً ، نستطيع أن ندرك أن (المقامر المرضى) حالة تستوجب العلاج ولا تتطلب العقاب كالمجرمين وبالطبع سيساعدنا على مناقشة الظاهرة بنوع من الحرية ، لكن النظرة القاصرة على أن المقامرة جريمة ، هو ما يجعلها تعمل فى الخفاء .

٢ - يجب أن نخصص فى العيادات والمستشفيات أقسام لعلاج المقامرة المرضية ، لا عن طريق العلاجات الطبية وإنما النفسية . ولكي يتم العلاج بدرجة عالية الدقة ، يجب أن نهتم أولاً بوضع العديد من المقاييس العلمية عالية التقنين والتي تحدد أسباب أعراض المقامرة ، وأهم الطرق العلاجية ذات الفاعلية فى العلاج .

٣ - ينبغي علي المؤسسات الإعلامية أن تهتم بعض الشئ بظاهرة المقامرة خاصة وأنها إنتشرت عن ذى قبل ، وأن يتم مناقشة هذه الظاهرة من جوانب عديدة : دينيا ، واجتماعيا ونفسياً وتربوياً ، بل وإقتصاديا .

٤ - العمل علي الحيلولة دون وقوع الفرد فى المقامرة ، من خلال الإهتمام بالأنشطة والمهارات الاجتماعية التي يمارسها الفرد مع الإهتمام بكل تافة وصغير من أنشطة الفرد فى علاقاته بالآخرين ، وخاصة فى مرحلة المراهقة ، التى أكد العديد من الباحثين على أنها الفترة التى يصبح فيها الفرد مقامراً .

٥ - وضع العديد من القيم والمبادئ الأخلاقية ، التى تتناسب وطبيعة الفرد فى كل مرحلة ، وتتناسب هذه القيم أيضا مع طبيعة المجتمع ، كما يجب ألا يتوقف غرس القيم والمبادئ عند مرحلة بعينها ، بل ويستمر من الطفولة وحتى نهاية المراهقة وبدايات الرشد .

بحوث مقترحة :

من خلال ما تناوله الباحث من إطار نظري ودراسات سابقة إتضح أن هناك كثير من المتغيرات ذات الصلة الوثيقة بالظاهرة موضوع البحث ، (المقامرة تلك المتغيرات التي لا يكفى أن نشير لها فى دراسة سابقة أو جانب أو جانب من جوانب الإطار النظرى ، بل تتطلب أبحاثاً خاصاً ، يستطيع من خلالها أي باحث أن يلقي الضوء تفصيلاً وتوضيحاً ، ومن هنا يقترح الباحث العديد من البحوث فيما يلى :

١ - القدرة على التحكم illusion of control كأحد المحددات الأساسية للمقامرة المرضية .

٢ - لذة الانحراف وعلاقتها بالتشوه الإدراكي والتفكير غير المنطقي لدى المقامر المرضى

٣ - إحياء المعنى كبدائية تمهيدية لعلاج المقامر المرضى .

٤ - المحددات النفسية والاجتماعية للمقامرة .

٥ - وجهة الضبط وعلاقتها بوهم القدرة علي التحكم لدى المقامر .

٦ - الإتصال غير اللفظي علاقته بالذكاء الإنفعالى لدى المقامر.

٧ - دور المقامرة فى نهجه Modeling الشخصية.

٨ - سمات الشخصية وعلاقتها بالمقامرة المرضية.

٩ - دور التدعيمات النفسية الاجتماعية فى الإستمرار فى المقامرة.

١٠ - ديناميات البناء النفسى والعلاقة بالموضوع لدى المقامر .

١١ - المحددات الانفعالية وعلاقتها بالمقامرة المرضية .

١٢ - الديناميات النفسية لمقامرة المحترفين والمقامرة المرضية :دراسة مقارنة .

١٣ - بنية الخيال فى علاقتها باضطراب البناء النفسى لدى المقامر.

أولاً : ملخص باللغة العربية :

فى الديناميات النفسية للمقامر كما تتبدى

فى العلاج الجمعى

مقدمة

ما من شك فى أن سلوك المقامرة يؤدي لكثير من المشكلات النفسية والاجتماعية ، وأضعف الأيمان أنها تجعل المقامر بعيد عن منزله وأسرته وأصدقائه ، ومن ناحية أخرى ، فإن المقامر قد لا يفقد فقد أسرته ، أو أصدقائه ، بل يفقد أيضاً كل ما إقترضه من مال ، من كل المصادر المتاحة له وربما يؤدي به ذلك إلى السرقة والإختلاس ، وإرتكاب جرائم النصب والإحتيال، إلى أن يقبض عليه ويودع فى السجن ، وسلوك المقامرة بطبيعته يمثل لغزاً وجانباً من جوانب السلوك الإنسانى الملى بالعديد من التناقضات وبذلك تعتبر كل أشكال المقامرة نوعاً من التحدى لأفضل النظريات الخاصة بطبيعة الإنسان ، فكل أشكال المقامرة تقريباً بنيت على أساس أنه يجب على المقامر أن يتوقع الخسارة ، فكل شئ سواء . من أجل ذلك يترك المقامرين كل شئ ذى قيمة وحتى تقديرهم لنواتهم وكل شئ ذى قيمة . من أجل ذلك نتساءل : لماذا يصير المقامر على المقامرة حتى لو فقد كل شئ؟ وهل هناك قهر فى المقامر يجعل بعض الأفراد لا يقاومها؟ وهل هناك نمط معين للأشخاص الأكثر ميلاً للمقامرة المرضية ، ولأى مدى ترتبط المقامرة المرضية بسلوك المخاطرة والغرائز الجزئية .

أهمية الدراسة :

- ١ - تحاول الدراسة إكتشاف مجال نادراً ما يتقرب منه الباحثين فى علم النفس ، ألا وهو دراسة الدفعات الغريزية الجزئية لدى المقامرين وعلاقتها بسلوك المخاطرة لديهم .
- ٢ - علاوة على ذلك ، تبدو أهمية الدراسة فى إعداد مقياس لسلوك المخاطرة وترجمة وتقنين مقياس للمقامرة المرضية

٣ - وترجع أهمية هذه الدراسة أيضاً في إضافتها لبعد جديد ، وهو إمكانية العلاج لكلا من سلوك المخاطرة والدفعات الغريزية الجزئية لدى المقامرين ، إذ أن الاتجاهات الخاصة بالجوانب المرضية والعلاجية ، علي الرغم من ندرتها ، إلا أنها تركز على المقامرة ونظريات المقامرة .

مشكلة الدراسة :

في محاولتنا لفهم لماذا يقامر الناس فقد ندرس ذلك من خلال وجهة نظر مختلفين تماما : فقد نبحت في تفسير العمليات المتضمنة داخل الفرد ، أو بحث في تفسير العوامل الموقفية وتأثيرها علي التحكم في الفرد ، ومن ناحية أخرى قد نحاول وصف ردود الأفعال المعرفية أو الخاصة بالمشاعر والدوافع ، تلك التي تحدد لدرجة كبيرة هل يقامر الفرد أم لا ، وفي ضوء ذلك يمكن تحديد مشكلة الدراسة، من خلال الإجابة علي التساؤلات التالية :

١ - هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المقامرين وغير المقامرين علي مقياس سلوك المخاطرة ؟

٢ - هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المقامرين وغير المقامرين علي مقياس الدفعات الغريزية الجزئية (النظارية ، الإستعراضية ، السادية ، المازوخية) ؟

٣ - هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المقامرين علي مقياس المخاطرة، قبل وبعد استخدام أسلوب جماعات الحوار كأحد أساليب العلاج الجماعي؟

٤ - هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المقامرين علي مقياس الدفعات الغريزية الجزئية ، قبل وبعد استخدام أسلوب جماعات الحوار كأحد أساليب العلاج الجماعي .

أهداف الدراسة :

- ١- تحاول الدراسة أن تكشف بعض الديناميات النفسية للمقامرين، مثل سلوك المخاطرة والفرائز الجزئية .
- ٢- إعداد مقياس لسلوك المخاطرة وترجمة وإعادة تقنين مقياس للمقامرة المرضية يتلائم مع عنية الدراسة من المقامرين والذين تتراوح أعمارهم ما بين (١٨ : ٤٠ سنة) .
- ٣- تحاول الدراسة اختبار مدى فاعلية أسلوب جماعات الحوار كأحد أساليب العلاج الجماعي، لعلاج كلاً من سلوك المخاطرة والنزعات الغريزية الجزئية بأبعادها (النظرية، الإستعراضية، السادية، المازوخية) لدى المقامرين .

فروض الدراسة :

أولاً: فروض الدراسة التجريبية :

- ١- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المقامرين وغير المقامرين على مقياس سلوك المخاطرة في إتجاه إرتفاع سلوك المخاطرة لدى المقامرين .
- ٢- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المقامرين وغير المقامرين بالنسبة للدفعات الغريزية الجزئية في إتجاه إرتفاع الدفعات الغريزية الجزئية لدى المقامرين .

ثانياً: فروض الدراسة الكليينكية

- ٣- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المقامرين على مقياس سلوك المخاطرة قبل وبعد تطبيق أسلوب جماعات الحوار كأحد أساليب العلاج الجماعي في إتجاه إنخفاض سلوك المخاطرة .
- ٤- توجد كفروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المقامرين على مقياس الدفعات الغريزية قبل وبعد تطبيق أسلوب جماعات الحوار كأحد أساليب العلاج الجماعي في إتجاه إنخفاض الدفعات الغريزية الجزئية .

منهج الدراسة:

إستخدم الباحث منهج الكلينيكية الإنتقائية والتي إلترزم فيها بمحددات المنهج التجريبي، حيث المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة والصراحة التي تقترب بنا من الموضوعية (إن كانت كذلك) وذلك باستخدام أدوات سيكومترية وشبة إسقاطية مقننة، بجانب الإعتماد على جماعات الحوار كأحد أساليب العلاج الجماعي فى معالجة كلاً من سلوك المخاطرة والدفعات الغرزية الجزئية لدى المقامرين .

عينة الدراسة .

أولاً: عينة الدراسة التجريبية :

تتكون العينة التجريبية من (٣٠) مقامراً، بينما تتكون العينة الضابطة من (٣٠) مفحوص، تتراوح أعمارهم ما بين (١٨ : ٤٠) سنة .

ثانياً: عينة الدراسة الكلينيكية

طبقاً لمنهج الدراسة الذى يجمع بين المنهجين التجريبي والكلينيكى فقد قام الباحث باختيار عينة تتكون من (٥) من المقامرين وذلك بهدف معالجتهم باستخدام أسلوب جماعات الحوار كأحد أساليب العلاج الجماعي .

الأدوات:

- ١- إستمارة المستوى الإجتماعى الإقتصادى / إعداد / كمال الدسوقي
- ٢- مقياس سلوك المخاطرة / إعداد / الباحث
- ٣- مقياس المقامرة المرضية / ترجمة وتقنين / الباحث
- ٤- مقياس الدفعات الغرزية الجزئية / إعداد/ حسين سعد الدين الحسينى
- ٥- المقابلة الكلينيكية / إعداد/ سامية القطان
- ٦- جماعات الحوار كأحد أساليب العلاج الجماعي.

الأسلوب الإحصائي المستخدم

١- الدرجة التائية

٢- اختبار (ت)

٣- اختبار (ف).

٤- معامل الثبات

٥- التحليل العاملي

نتائج الدراسة :

أولاً: نتائج الدراسة التجريبية :

١- توجد فروق ذات دلالة إحصائية متوسطات درجات المقامرين وغير المقامرين على مقياس سلوك المخاطرة، حيث جاءت قيمة (ت) دالة إحصائياً عند مستوى (٠.١) في إتجاه إرتفاع سلوك المخاطرة لدى المقامرين .

٢- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المقامرين وغير المقامرين على مقياس الدفعات الغريزية الجزئية، حيث جاءت قيمة (ت) دالة إحصائياً عند مستوى (٠.١) في إتجاه إرتفاع الدفعات الغريزية الجزئية لدى المقامرين. ما عدا بعد الاستعراضية فقد جاءت نتائجها غير دالة إحصائياً.

ثانياً: نتائج الدراسة الكلينية :

أولاً: النتائج الكمية للدراسة الكلينية :

٣- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المقامرين على مقياس سلوك المخاطرة قبل وبعد استخدام أسلوب جماعات الحوار كأحد أساليب العلاج الجماعي عند مستوى (٠.١) في إتجاه إنخفاض سلوك المخاطرة .

٤- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المقامرين على مقياس الدفعات الغريزية الجزئية قبل وبعد استخدام أسلوب جماعات الحوار كأحد أساليب العلاج الجماعي عند مستوى (٠.٥) في إتجاه انخفاض النزعات الغريزية الجزئية . عدا بعد الإستعراضية فقد جاءت نتائجه غير دالة إحصائياً.

ثانياً: النتائج الكيفية للدراسة الكلينيكية

أدت الجلسات العلاجية لاتاحة الفرصة أمام المقامرين لتفريغ الإنفعالات المكبوتة لديهم، والاستبصار بنواتهم وبالبيئة، كما أدت إلى إكمال النضج والإستقلال الذاتى لديهم لكى يتغلبوا على مشاكلهم ويقومون بحلها بأنفسهم من خلال الاستبصار بها عبر الأفراد الآخرين كما أدت الجلسات الجماعية لاتاحة الفرصة أمام المقامرين لايجاد التأييد والتشجيع المتبادل الذى سهل لهم مناقشة مشكلاتهم بصراحة أمام الآخرين، كما ظهرت الثقة لديهم فى القيام بالسلوك المقبول وتقبل الذات والإرتباط بالواقع .

In psycholoical dynamics of The gambler

As revealed in group Therapy

Introduction:

There is no doubt that gambling behaviour causes psychological and social problem . At lower Level, it takes the gambler away from home, family and Friends, on the other hand, the gambler may Lose, not only his family or friends, but all of money that can be borrowed from all available sources and may steal, embezzle, and commit fraud until caught and imprisoned. Gambling behaviour is an enigma, it is an area of human behaviour that is full of paradoxes. Most of all, it is a challenge to our best theories of human nature, Nearly all gambling is so structured that the gambler should expect to lose, all thing being equal. for that, gamblers give up every thing of value in their lives in order to gamble: The family, the properties, the friends, until their self esteem and the assest. so, why do gamblers persist with their gambling until they have Lost everything? is there a compulsion to gamble which is irresistible for some people? is there a type of person who is prone to pathological gambling and to what extend pathological gambling is relate to Risk-taking and partial instinct.

Imporance of the study :

- 1- Study attempt to explore a field rarely approached by researcher in psychology: partial instinct impulses of the gamblers and

it's relation to Risk-taking .

- 2- in addition, the importance of this study is preparing a risk-taking behaviour scale, and translate and re-Standardize of pathological gambling scale .
- 3- The importance of this study lies in adding a new perspective the possibilities of risk-taking behaviour and partial instinct impulses therapy, since, as far as the researcher knows pathological and treatment researches, despite rarely have focused upon gambling and gambling theories .

Problem of the study

in attempting to understand why people gamble we can take one of two quite different perspectives: we may search for the explanation in the process within the person or we may search for the explanation in situational contexts exerting control over the person. on the one hand we may try to describe the cognitions, Feeling, motives reaction within the person which determine whether or not gambling takes place in light of this we can specify the main focus of study by answering those following questions:

- 1- Are there statistically significant differences between the average scores of gambler and non-gambler According to risk-taking scale?
- 2- Are there statistically significant differences between the average score of gambler and non-gambler according to the partial

instinct impulse scale (voyeurism, Exhibitionism, sadism, Masochism) ?

- 3- Are there statistically significant differences between the average scores of gamblers through the risk-taking scale before and after employing the Encounter-Group Technique as one of the method of Group Therapy ?
- 4- Are there statistically significant differences between the average scores of gamblers through the partial instinct impulses scale before and after employing the Encounter Group Technique as one of the method of Group Therapy ?

Aims of the study

- 1- study attempt to explore some of psychological dynamics of the gamblers. just like risk-taking behaviour and partial instinct impulses .
- 2- prepare a risk-taking behaviour scale and translate and re-standardize of pathological gambling scale and translate and re-standardize of pathological gambling scale to suit the group of the study sample: gambler. (18-40 years) .
- 3- The study test the efficiency of the Encounter-Group Technique as one of the methods of group therapy for curing risk-taken, partial instinct impulses with all their dimensions (voyeurism, Exhibitionism, sadism, Masochism) among gamblers.

Hypotheses of the study

First: Hypotheses of the Experimental study:

1- There are statistically significant differences between the average score of gambler and non-gambler according to the risk-taken behavior scale .

2- There are Statistically significant differences between the average score of gambler and non-gambler according to the partial instinct impulses scale (Voyeurism, Exhibitionism, Sadism, Masochism) .

Second: Hypotheses of the clinical study :

3- There are Statistically Significant differences between the average scores of gambler through the risk-taken behaviour scale befor and after employing the Encounter Group Technique as one of the methads of group therapy .

4- There are statistically significant differences between the average score of gambler through the partial instinct impulse scale befor and after employing the Encounter-Group Technique as one of the methods of Group therapy .

Method of study

the research has used the electic clinical method which combines the experimental method with its experimental and control group by using psychometric tools, beside semi-projective tech-

nique-in addition, the researcher has relied on the Encounter group as one of the group therapy methods to cure risk-taken and partial instinct impulses in gambler .

Sample of the study :

Sample of the experimental study:

Sample of the experimental study consists of (30) gambler, the control sample consists of (30) Subjects, their age ranges from 18 to 40 years of age .

Sample of the clinical study:

According to the method of the Study which combine between experimental and clinical method, the researcher has chosen a sample consists of (5) of gambler with a view to cure them through employing the Encounter-group technique as one of the method of group therapy .

Tools:

1- A questionnair of the Social & Economic Level

By: Kmal Eldesoki Kamal

2- Risk-taken be haviour scale

By: the researcher

3- Pothological gambling scale

translated By the researcher

4- Partial instinct impulses scale

By Hussien Saad Eldeen

5- Clinical interview

By Samia Elktan .

6- The Encounter group as one of the group therapy methods

The Statistical Style Used :

- 1- The (T) Score
- 2- (T) Test
- 3- Stability Factor
- 4- (F) Test
- 5- Factor analysis

Results of the Study :

First: results of the experimental study:

1- There are Statistically significant differences between the average score of gambler and non-gambler, according to the risk-taken behaviour scale, (T) test ratio is statistically significant at Level (,01) concerning to gambler .

2- There are statistically Significant differences between the average score of gambler and non-gambler, according to the partial instinct impulses scale, (T) test ratio is statisically significant at Level (,01) concerning to the gammler .

Second: results of the clinical study

3- There are statistically significant differences between gamblers through the risk-taken be havior scale be for and after employing the Encounter group technique as one of the methods of

group therapy at Level (0,01) As regard to the reduction of risk-taken for the group of therapy .

4- There are statistically significant differences between the average Scores of gamblers through the Partial instinct impulses Scale befor and after employing the Encounter-Group Technique as one of the method of group therapy at Level (0,01) as regard to the reduction of partial instinct impulses for the group of therapy .

The qualitative results of clinical study :

The encounter group meeting saved a chance for the gambler to give vent to his repressed emotions and getting an insight into his own self and his own environment, in addition to contributing to the completion of maturity and autonomy so as to overcome his problem for which he now can find solutions on his own-the meeting has also played a vital role in offering the oppprtunity for the gamblers to find mutual Support and encouragment that facilitate the discussion of his own problem easily and frankly in front of the other, that's Lead to develop his self confidences, this help to follow sure path of accepting his own self and to become closer to reality .

المراجع

أولاً : المراجع العربية
ثانياً : المراجع الأجنبية

المراجع

أولاً : المراجع العربية

- ١ - إِبْنُ سِينَا : البرهان، من كتاب الشفاء، الطبعة الثانية، دار النهضة العربية، القاهرة (١٩٦٦).
- ٢ - أحمد ذكى بدوى : معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية، مكتبة لبنان، بيروت (١٩٨٢).
- ٣ - أحمد عزت راجح : أصول علم النفس، الطبعة الحادية عشر، دار المعارف، الإسكندرية (١٩٩٩).
- ٤ - أحمد عكاشة : الطب النفسى المعاصر، الأنجلو المصرية، القاهرة (١٩٩٢).
- ٥ - أسعد رزق : موسوعة علم النفس، المؤسسة العربية للدراسات والنشر، بيروت (١٩٨٧).
- ٦ - إنتصار يونس : السلوك الإنسانى، دار المعارف، القاهرة (١٩٧٨).
- ٧ - أنتونى ستور : فن العلاج النفسى، ترجمة لطفى فطيم، دار وليد، القاهرة (ب.ت).
- ٨ - أوتوفينخل : نظرية التحليل النفسى فى العصاب، ترجمة صلاح مخيمر وعبد مبخائيل رزق، ح٢، الأنجلو المصرية، القاهرة (١٩٦٩).
- ٩ - جان لابلانز وبوتنالىس : معجم مصطلحات التحليل النفسى، الطبعة الثانية، ترجمة مصطفى حجازى، المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع، بيروت (١٩٨٧).
- ١٠ - حامد عبدالسلام زهران : قاموس علم النفس، الطبعة الثانية، عالم الكتاب، القاهرة (١٩٨٧).
- ١١ - ————— : الصحة النفسية والعلاج النفسى، الطبعة الثانية، عالم الكتاب، القاهرة (١٩٧٨).
- ١٢ - حسام الدين غريب : العلاج السلوكى الحديث، الأنجلو المصرية، القاهرة (١٩٨١).

- ١٣- حسين سعد الدين : مفهوم الصحة والمرض بين التحليل النفسى والطب النفسى (د.ت) .
- ١٤- _____ : تصميم وتقنين مقياس الدفعات الغريزية الجزئية - مؤتمر علم النفس، (٦-٨) إبريل، كلية الآداب، جامعة الكويت (١٩٩٧).
- ١٥- _____ : النزعات الغريزية الجزئية وجناح الأحداث، مجلة كلية الاداب ، جامعة المنصورة، العدد (١٧) (١٩٩٥).
- ١٦- حسين عبد القادر محمد : السيكيودراما وعلاج مدمنى البانجو بين الخيال والمتخيل «برولوج تمهيدى» المؤتمر الأول لعلم النفس، بيروت، لبنان (٢٠٠٠).
- ١٧- حسين عبدالقادر محمد، : إنحراف الأحداث والسيكيودراما، عامر للطباعة والنشر، حسين سعد الدين المنصورة (١٩٩٤).
- ١٨- حسين عبدالقادر محمد: موسوعة علم النفس والتحليل النفسى، دار سعاد الصباح، وآخرون الكويت (١٩٩٣).
- ١٩- حسين عبدالقادر محمد : العلاج الجماعى والسيكيودراما، دراسة فى الجماعات العلاجية لمرضى فصام البارانونيا، رسالة دكتوراه، قسم علم النفس، كلية الآداب، جامعة عين شمس، (غير منشورة) (١٩٨٦).
- ٢٠- دانييل لاجاش : وحدة علم النفس، ترجمة، صلاح مخيمر وعبد ميخائيل رزق، الأنجلو المصرية، القاهرة (١٩٨٩).
- ٢١- رشدى فام : علم النفس العلاجى والوقائى «رحيق السنين»، الأنجلو المصرية، القاهرة (٢٠٠٠).
- ٢٢- رمزية الغريب : التقويم والقياس النفسى والتربوى، الأنجلو المصرية، القاهرة (١٩٧٧).
- ٢٣- روبرت هاربر : التحليل النفسى والعلاج النفسى، ترجمة سعد جلال، الهيئة المصرية العامة للكتاب القاهرة (١٩٧٤).
- ٢٤- زكريا إبراهيم : البنيوية السيكلوجية، فى مشكلة البنية، مكتبة مصر، القاهرة (١٩٨٣).

- ٢٥- ساشاناخت : المازوخية، ترجمة مى طرابيشى، دار الطليعة، بيروت (١٩٨٣).
- ٢٦- سامية القطان : المقياس المقنن للغرائز الجزئية، الأنجلو المصرية، القاهرة (١٩٨١).
- ٢٧- _____ : كيف تقوم بالدراسة الكلينيكية، ح ١، الأنجلو المصرية، القاهرة (١٩٨٠).
- ٢٨- سامى محمود على : ثبت المصطلحات، فى، سيجموند فرويد، ثلاث مقالات فى النظرية الجنسية، دار المعارف، القاهرة (١٩٦٣).
- ٢٩- سمعد جلال : فى الصحة العقلية، الأمراض النفسية والعقلية والانحرافات السلوكية، دار الفكر العربى، القاهرة (١٩٨٦).
- ٣٠- سول شيدلنجر : التحليل النفسى والسلوك الجماعى، ترجمة سامى محمود على، دار المعارف، القاهرة (١٩٥٨).
- ٣١- سيجموند فرويد : خمس حالات من التحليل النفسى، الجزء الأول، ترجمة صلاح مخيمر، وعبد مبخائيل رزق، الأنجلو المصرية، القاهرة (١٩٨٧).
- ٣٢- _____ : الأنا والهو، ترجمة محمد عثمان نجاتى، الطبعة الرابعة، دار الشروق، القاهرة (١٩٨٢).
- ٣٣- _____ : الموجز فى التحليل النفسى، ترجمة سامى محمود على، عبدالسلام القفاش، دار المعارف، القاهرة (١٩٨١).
- ٣٤- _____ : ما فوق مبدأ اللذة، ترجمة إسحق رمزى، الطبعة الثالثة، دار المعارف، القاهرة (١٩٨٠).
- ٣٥- _____ : التحليل النفسى والفن: «دافنشى وديستوفسكى» ترجمة سمير كرم، دار الطليعة للطباعة والنشر، بيروت (١٩٧٥).
- ٣٦- _____ : ثلاث مقالات فى نظرية الجنسية، ترجمة سامى محمود على، دار المعارف، القاهرة (١٩٦٣).
- ٣٧- _____ : تفسير الأحلام، ترجمة مصطفى صفوان، دار المعارف، القاهرة (د.ت).

- ٣٨- شيلدون كاشدان : علم نفس الشواذ، ترجمة أحمد عبد العزيز سلامة، الطبعة الثانية، دار الشروق، القاهرة (١٩٨٠).
- ٣٩- صفوت فرج : التحليل العاملى فى العلوم السلوكية، دار الفكر العربى، القاهرة (١٩٨٠).
- ٤٢- صلاح مخيمر (أ) : مفهوم جديد للتوافق، الأنجلو المصرية، القاهرة (١٩٨٢).
- ٤٠- _____ : المفاهيم - المفاتيح فى علم النفس الأنجلو المصرية، القاهرة (١٩٨١).
- ٤١- _____ (ب) : من الجنسية بغرائزها إلى العدوانية، الأنجلو المصرية، القاهرة (١٩٨١).
- ٤٣- _____ : رسالة فى سيكولوجية الحب، الأنجلو المصرية، القاهرة (١٩٧٥).
- ٤٤- _____ : سيكولوجية الشخصية، الأنجلو المصرية، القاهرة (١٩٦٩).
- ٤٥- _____ : إختبار الحاجات الكامنة «الغرائز الجزئية» دن .
- ٤٦- عادل عز الدين الأشول : موسوعة التربية الخاصة، الأنجلو المصرية القاهرة (١٩٨٠).
- ٤٧- عبد الرحمن العيسوى : العلاج النفسى، دار الفكر الجامعى، الإسكندرية (١٩٧٩).
- ٤٨- عبد الستار إبراهيم، : علم النفسى الإكلينيكى فى ميدان الطب النفسى، الطبعة عبدالله عسكر الثانية، الأنجلو المصرية، القاهرة (١٩٩٩).
- ٤٩- عبد المنعم الحفنى : المعجم الموسوعى للتحليل النفسى، مكتبة مدبولى، القاهرة (١٩٩٥).
- ٥٠- _____ (أ) : موسوعة الطب النفسى، المجلد الأول، مكتبة مدبولى، القاهرة (١٩٩٢).
- ٥١- _____ (ب) : موسوعة الطب النفسى، المجلد الثانى، مكتبة مدبولى، القاهرة (١٩٩٢).
- ٥٢- _____ (ج) : الموسوعة النفسية الجنسية، مكتبة مدبولى، القاهرة (١٩٩٢).
- ٥٣- _____ : موسوعة علم النفس والتحليل النفسى، الطبعة الرابعة، مكتبة مدبولى، القاهرة (١٩٨٤).

- ٥٤- عبد المنعم المليجي : النمو النفسى، الطبعة الثالثة، مكتبة مصر، القاهرة (١٩٥٧).
- ٥٥- على كمال : العلاج النفسى قديماً وحديثاً، المؤسسة العربية للدراسات والنشر، عمان (١٩٩٤).
- ٥٦- عطوف محمود يسن : أسس الطب النفسى الحديث، منشورات بحسون الثقافية، بيروت (١٩٨٨).
- ٥٧- فاخر عاقل : معجم العلوم النفسية، دار الرائد العربى، بيروت، لبنان (١٩٨٨).
- ٥٨- ثمان دالسن : مناهج البحث فى التربية وعلم النفس، ترجمة محمد نبيل نوفل وآخرون، الطبعة الخامسة، الأنجلو المصرية، القاهرة (١٩٩٤).
- ٥٩- فخرى الدباغ : السلوك الإنسانى، مطبعة الكويت، الكويت (١٩٨٦).
- ٦٠- فرج عبد القادر وآخرون : موسوعة علم النفس والتحليل النفسى، دار سعاد الصباح، الكويت (١٩٩٣).
- ٦١- فؤاد أبو حطب، آمال : مناهج البحث وطرق التحليل الإحصائى، الأنجلو المصرية، القاهرة (١٩٩١).
- ٦٢- فؤاد البهى السيد : علم النفس الإحصائى وقياس العقل البشرى، دار الفكر العربى، القاهرة (١٩٧٩).
- ٦٣- فؤاد البهى السيد الجداول الاحصائية فى العلوم الإنسانية ، الأنجلو المصرية ، القاهرة (١٩٧٩).
- ٦٤- فيصل محمد خير : علاج الأمراض النفسية والاضطرابات السلوكية، دار العلم للملايين، بيروت (١٩٨٤).
- ٦٥- فيلب شملا : لا كان واللغة، فى مجلة بيت الحكمة، العدد الثامن، السنة الثانية، دار الخطابى للطباعة والنشر، الدار البيضاء، المغرب (١٩٨٠).
- ٦٦- كمال دسوقي : ذخيرة علوم النفس، المجلد الثانى، مؤسسة الأهرام، القاهرة (١٩٩٠).
- ٦٧- _____ : ذخيرة علوم النفس، المجلد الأول، الدار الدولية للنشر والتوزيع، القاهرة (١٩٨٨).

- ٦٨- كمال دسوقي ومحمد : مقياس المستوى الاقتصادي الاجتماعي للأسرة المصرية، بيومي النهضة العربية، القاهرة (١٩٨٤).
- ٦٩- لطفى فطيم : العلاج النفسي الجماعي، الأنجلوالمصريه، القاهرة (١٩٩٤).
- ٧٠- لويس كامل ملكية : علم النفس الاكلينيكي: التشخيص والتنبؤ فى الطريقه الاكلينيكية، الطبعة الرابعة، النهضة المصرية، القاهرة (١٩٧٧)
- ٧١- محمد أحمد النابلسى : مبادئ العلاج النفسى ومدارسه، دار النهضة العربية، بيروت (١٩٩١).
- ٧٢- محمد شعلان : الطب النفسى والعلاج النفسى الجماعى، دار القاهرة (ب.ت).
- ٧٣- محمود حمودة : النفس، أسرارها، وأمراضها، الطبعة الثانية، مكتبة الفجالة، القاهرة (١٩٩١).
- ٧٤- محمود هاشم الودرنى : مدخل إلى الطب النفسى وعلم النفس المرضى، دار الحوار للنشر والتوزيع، سوريا (١٩٨٦).
- ٧٥- مصطفى زيور : فى النفس، بحوث مجمعة، دار النهضة العربية، بيروت، لبنان (١٩٨٦).
- ٧٦- موريس روكلىن : المناهج فى علم النفس، ترجمة على مقلد، مؤسسة نوفل، المنشورات العربية، بيروت، لبنان (١٩٨٣).
- ٧٧- يوسف مراد : تصدير "جناح الأحداث" جين شزال، ترجمة عبد السلام القفاش، المؤسسة المصرية العامة للتأليف والترجمة والطباعة والنشر، القاهرة (١٩٦٣).

ثانياً المراجع الأجنبية :

- 78- Albert,R. & Mary, H : Projective techniques with children.
Grune & stratton, inc. London ,1960
- 79- American psychiatric : Association : Diagnostic and statistical
Manual of Mental disorder, Fourth
edition, DSM- IV, American psychiat-
ric Association, Washington, 1994
- 80- ----- : Diagnostic and statistical Manual of
Mental disorder, third Edition, Re-
vised, DSM- III. R. American Psychi-
atric Association, Washington, 1987
- 81- ----- : Diagnostic And statistical Manual of
Mental disorder, third Edition, DSM.
III American psychiatric Association
Woshington, 1980.
- 82- Anastasi,A : Psychological testing, Fifth Edition,
Maccmillan publishing, Co. in. New
York, 1995.
- 83- Anderson,G.&Brown,R. : Some app lication of reversal theory to
the explanations of gambling and gam-
bling addiction. journal of gambling
behaviour, 1987. Pp.. 179-189.
- 84- Arizona Council on : Think you may have a gambling prob-
Compulsive gambling lem, ACCG, U.S.A, 2000.
- 85- ----- : Symptoms of the compulsive gambler,
ACCG, U.S.A , 2000.

- 86- Arizona Council on : The four Phase of Action compulsive
Compulsive gambling Gomblers . Accg .USA, 2000
- 87- Arnold, R. : Sadomasochism in The neurosis Con-
ceived as a pathological compromise
Formation, Journal of the American
psychoanalytic, vol, (39), No (20) ,1991
Pp.. 363-375.
- 88-Bannister, G. : Cognitive behavior therapy in a case
of compulsive gambler, Cognitive
Therapy and Research, vol (13), 1977
Pp.. 223 - 227.
- 89- Beaudoin, C&Cox, B. : Characteristics of problem gambling
in a canadian Context : A pilot study
Using A DSM -IV - based question-
nair -Canadian Journal of Pyschia-
try.Vol. (44), No. (5),1999 Pp.. 483-
487.
- 90-Bebbington, p. : Sexual disorder, in Hill, p. et. al, Es-
sentials of postgraduate psychiatry,
Grune & stratton, New York, 1979.
- 91- Bellack , A .et.al. : Sexual deviation, International Hand
book of behavior modification and
therapy, plenum press, New York.,
1982

- 92- Bell, B. : Personality dimensions of pathological gambler. Gamblers Anonymous Publishing U.S.A , 1993.
- 93- Bell, N & Bell, R. : Adolescent risk - taking. sage Publication, London, 1993.
- 94- Bergler, E. : The psychology of gambling, international University Press, Hill and Wang. New Yourk, 1970.
- 95- Berkowit, L. : A versively stimulated aggression : Some paralles and differences in researh with animal and human. American psychologist, vol (38), 1983.Pp.. 1135-1144.
- 96- Betcher, R. : The treatment of depression in brief in patient group psychotherapy, international journal of group psychotherapy. Vol. (33), 1993 Pp. 365 - 385.
- 97- Black, D & Moyert, t. : Clinical features and psychiatric comorbidity of subjects with pathological gambling behavior. psychiatric service, vol. (44), 1998 No (11). 1434.
- 98- Blaszczyński, A & Silove, D. : Cognitive and behavioral therapies for pathological gambling. Journal of gambling, vol, 1995 (11). Pp.. 105-220.

:

- 99- Blazczynski, A & Mc Boredom proneness in pathological
Conagh, N. gambling, psychological reports, vol
(67), 1990 Pp. 35-42.
- 100- Blaszczynski, A. : impulsivity in pathological gambling :
et. al. the anti-social impulsivity. Journal of
Addiction. vol (92) No (1), 1991 Pp..
75-88.
- 101- Blaszczynski, A. : Pathological gambling and obsessive -
compulsive spectrum disorder. psy-
chological Report. ,Vol. (84) No (1),
1999 Pp.. 107-113.
- 102- ----- : Views on the treatment of pathological
gambling university of new south
Wales Australia , 1998
- 103- Boyed, W & Bolen, D. : The compulsive gambler and spouse in
group psychotherapy. international
journal of group psychotherapy. vol
(20), 1970 Pp.. 77-90.
- 104- Brownell, K. et. al. : Understanding and preventing relapse,
American psychologist, vol (41)., 1986
Pp. 765 - 782.
- 105- Brown, R. : Clasical and operant pardigms in the
managment of gambling addictions.
Behavioural Psychotherapy. Vol (15)
No. (2), 1987 Pp. 111-122.

- 106- Buchta, R.: Gambling among adolescent journal of clinical pediatric.vol (34) No (7), 1995 . Pp. 346-348.
- 107- Bujold, A.et.al. : Treatment of pathological gamblers : An Experimental Study. journal of Behavioral therapy and Experimental psychiatry. Vol. (25) No.(4)., 1994 Pp. 275 - 282
- 108- Campbell, R : :Psychiatric dictionary, sixth Edition, oxford university press. new york, 1989.
- 109- CCPG . : : Compulsive gambling program. California council on problem gambling. U.S.A., 1982
- 110 - Cohen. D. : : Essential psychology . Bloomsbury, Great Britain ., 1990
- 111- Coleman,j. Abnormal psychology and modern life, second edition, the free prees, 1956
A division of macmillan publishing. co. New York .
- 112- clinard,M.&Quinneg : Criminal behaviour system, second Edition. U.S.A., 1973
- 113- Comez, Z. : psychological and psychiatric problem in men, routeldge, london., 1991
- 114- Coventry,K.Brown,R Sensation seeking, gambling and gambling addictions. journal of addiction, vol (88) No (4), 1993 Pp. 541-554.

- 115- Cummings, w & A concep · · tual model of gombling be-
Cotney,W: havior: Fishbein's theory of reasoned
action, journal of gambling behavior .
vol (3)., 1987 Pp. 190-201.
- 116-custer.r' & milt,H. When lucks runs out . New york , 1985.
- 117- Dalby, J Is telephone scatologia a variant of ex-
hibitionsism? international journal of of-
fender therapy and comparative crimi-
nology, 1988 Vol. (32), No (1) , Pp.
45-49.
- 118-Davison, G&neale,z: unconventional sexual behavior and hu-
man sexual inadequacy, Abnrmal psy-
chology, Wiley. Inc. New york,1974
Pp. 271-292.
- 119- department of human Evaluation of the Minnesota stat funded
serives : compulsive gambling treatent pro-
grams. Final report. Abt. Associates,
Inc., 1997.
- 120 - Devereux, E. : Gambling. In the international ency-
clopedia of the social science,Vol (17)
Macmillan, New York. 1979.
- 121-Dickerson,M. : The prevalenc of excessive and patho-
logical gambling in Australia, journal
of gambling behavior, vol (4), 1988
Pp. 135-151.

- 122- Dickerson,M. : compulsive gamblers, longman, london., 1984
- 123- Dickerson, M& weeks,D. : Gambling : A social problem. journal of social issues, vol (35),1979 Pp. 36 42.
- 124- Dielman.t Pathological gambling as asource of guilt .Gamblers Anonymous publishing U.S.A.,1996
- 125- Dixon, M. : Manipulating the illusion of control: variation in gambling as a function of perceived control over chance outcomes. the psychological Record, vol (50), No (4),2000 Pp. 705- 719 .
126. Dixon, M.et,al. : ingaging in illusory control during repeated risk- taking, psychological report, 1998 Pp. 959-962.
- 127- dryfoss,j : Common components of successful intervention with high risk youth ,. in adolescent risk- taking, Sage, london.,1993
- 128- Edward, R. : A pplying A risk-taking perspective in adolescent rick - taking, Sage publication, london , 1993
- 129 - Evans, D. : An introductory dictionry of lacanian psychoanalysis , Routledge,london .,1982

- 130- Eysenck, H. Encyclopedia of psychology, the sea-
burge press, New York.,1972
- 131- Finell, j : Sadomasochism and complementarity
in the interaction of the narcissistic
and borderline personalty type, psy-
choanalysis review. vol., 1992 (76), No
(3) fall press .
- 132- fishbein,M& Beliefs, Attitude, intention and behavior
Ajzen,l: :An introduction, Wialy, massechu
setts., 1975
- 133- forester, E :Group psychotherapy, john wiley &
sons. inc. New york.,1977
- 134-fowler, D. etd :cognitive behavior therapy for
psychosis : theory and practice, wiley ,
canada, 1988 .
- 135- franklin, j & richard :A treatment outcome study with
son,R 'pathological gamblers: perliminary
finding and strategies. seventh interna-
tional conference on gambling and
risk- taking, universty of nevada, 1988.
- 136- freud, s. (1928) destovsky and parricide .in standaed
Edition of the comlete psychological works
of sigmund freud, vol xxi, , 1961Pp.. 175-
196, Hogarth press, london,
- 137- Fuller, P. The psychology of gambling, harper& Row.
London., 1974

- 138- Gaboury, A. & la- Evaluation of a prevention program for
douceur,R.: pathological gambling among adoles-
cents. journal of primary prevention,
vol (14), 1993 . Pp., 21-28.
- 139- Galenson, E. :The precursors of masochism , in
Bluym, H, et.al. fantasy, Myth and
reality, madison, 1988 Pp. 371- 380.
- 140-Gambler Anonymous :Gambler Anonymynous leaflet,
G.A.publishomg., 1984.
- 141- Gardner,w :A life span rational choice theory of
risk-Taking- in adolescent risk- takaing,
sage . publication., 1993
- 142- Gibson, B.et.al.s The effect of selective hyothesis testing
on gambling - journal of Exerimental
psycholgy, Vol (3) , No, (2) , 1997 Pp.
126-142.
- 143- goldstein, A& Behavior therapy in groups. in kaplan ,
wolpe, j: H& sadock,B(Eds), New Models for
group therapy, Ditton& co. New york.
- 144- Gottschoik.I. & dav- Sensitivity groups, Encounter groups,
idson, R.: training groups, marathon groups and
the laboratory movement. Dution. co
New York , 1972.
- 145- Graham, J & lpwen- :Personalty dimensions of the patholog-
feld, B.: ical gambler . Journal of gambling be
havior, vol (2), (no, (1). , 1956 Pp. 58-
66.

- 146- Grichting, W. the impact of religion on gambling in
 Australia . Australian of psychology,
 vol (38), 1986 Pp. 45-58.
- 147- Griffiths, F. :A case of compulsive gambling treated
 by hypnosis. Interimental hypnosis,
 vol ,1982 (30) p 145.
- 148- Grossman, W. Pain, Aggression, fantasy , and concepts
 of sadomasochism, psychoanalytic
 quarterly, Lx, 1991.
- 149- Groth, M :handbook of psychological assesment,
 second Edition , wiley, New York,
 1990.
- 150- Hannah, s Counter transference in patient group
 psychotherap implication for
 technique, international journal of
 group psychotherapy, Vol, (34)., 1984
 Pp. 257- 263.
- 151- Harba, j,& lee,G Gender, gambling, and problem
 gamlding, journal of gambling studies
 . vol ,(12) 1996 Pp. 8-101
- 152- ----- Treatmnt issues : Explaning variance in
 problem gembling . journal of gam-
 bling studies, vol (11), 1995 Pp. 105-
 121.
- 153-Haas, K. :Deviant behaviors, Ab: normal psy-
 chology, Vanosttrand company New
 york, 1979

- 154- Heryog, J A neonatal intensive care syndrome A pain complex involving neuroplasticity and psychic trauma. In. Call, J. et. al, 1983.
(Eds) frontiers of infant psychiatry, Basic Book, New York . Pp. 291-300.
- 155- Hodgins, H. & El-Guloaly Gambling treatment and the processes of change, the WAGER, Vol, 2001 (6), No (26).
- 156- Hollander, E. : short- term single blind fluvoxamine treatment of pathological gambling. American Journal of psychiatry, Vol, (155). No (12), 1998. Pp. 1781- 1783 .
- 157- Hollander, W et. Al. Treatment of pathological gambling with clomipramin, American Journal of psychiatry, Vol , (149) , No (5), 1992 Pp. 710 - 711.
- 158 - Holmes, D. Connecticut's compulsive gambling treatment program. department of mental health and Addiction services, U.S.A., 2000.
- 159- Hornby, A . Oxford English Dictionary, fourth Edition, Oxford university press, london, 1975.
- 160- Hulen, D. & Burns, Differences in pathological gamblers in p;
Erizon , ACCG, inc., U.S.A, 2000

- 161- Irwin , c Adolescent and risk- taking:
How are they related. in addolescent
risk- taking. sage pblication,
london.,1993
- 162- jack, N & kerry, N : some comments on masochism and the
delusion of omnipotence from a
develpmental perspective, journal of
,the American psychoanalytic. Vol. (39)
No (2) , 1991 Pp. 307,- 331.
- 163- jackie, F. et. al. :Measuring problem gambling in canda. .
candian center on substance abuse.
canada.,1999
- .165- jacobs, D. What signs to look for wirh gambling ad-
diction , Callifonia Council on problem ge-
ombling, U.S.A.1999.
- 166- Kaplan,H& sadock : Sensitivity through encounter and mara-
B: thon groups, Dutton, C. new york, 1972
- 167- Kapur, R, et.al. Group psychotherapy in an acute in patient
setting psychiatry , vol (49) ,1986 Pp.. 337 -
349 .
- 168- kassinove, j. : Development of the gembling attitude
scales : preliminary finding , Journal of
clinical psychology, vol (54).
No (60 , 1998. Pp.. 763 - 771 .

- 169- Katy, R. degradation, Humiliation and other turn and mastering trauma with pleasur, Issues in Ego psychology, vol. (15), No .(1),1992 Pp.. 50 -55.
- 170- Katz, E & D'Amico, :Effects of alcohol in toxication on the perceived consequences of risk-taking experimental and clinical pytchopharmacology Vol (5), 1997 Pp.. 14 -23.
- 171- Kisker, G. the disorganized personality, Third Edition , Mcgraw- Hill book Company, London.,1985
- 172 . Kleiamuntz, B Essentials of abonrmal psychology, second Edition, harper & Row puplishers, san fracisco.
- 173- kleir, R : In patient group psychotherapy paractise consideration and special problems. Interna-tional journal of group psychotherapy, Vol, (27),1977 Pp.. 201 - 214.
- 174- Kweitel, R.& Allen, F: Cogintive processes associated with gam-bling boehavior. Psychological Report, vol (82) , No (1),1998 Pp.. 147- 153.
- 175 kyngdon , A & Dick-erson , M: An experimenta; study of the effect of prior alcohol consumption simulated gambling aetivity . Journal of Addiction, vol (44), No (5),1999 Pp. 697-707. '
- 176- ladouceur, R. At.al.: Cognitive treatment of pathological gam-lolers. behavior research, vol,(30) No. 12) ,1998 Pp. 1111-1119.

- 177- lapez, V& Miller,w.: Treatment approaches for pathological Gamblers. Journal of clinical review, vol. (17), No (7), 1997 Pp.. 689-702 .
- 178- Lean, w. super Ego and defense analysis of masochistic perversion. Journal of Psychonalysis. Vol. 26) , 1990 Pp.. 135- 214.
- 179-Lajoyeux, M. eta.al: Impuls Control Disorder in alcoholics are related to sensation - seeking and not impulsivity . Psychiatric. Research, vol (81) no. (2) , 1996 Pp.. 144-155.
- 180-Lesieuer, H& Blume, s. The south oaks Gambling screen (SOGS) : Anew instrument for the identification of pathological gamblers. American Journal of Psychiatry. Vol (144)No (9),1987 Pp..1184-1188.
- 181- Lesieur, H& rosenthal, R Pathological Gambling. A Review of the literature journal of Gambling studies. Vol. (7) no (1), 1991. Pp.. 5- 39.
- 182-Lola,l.: the human side of risk-taking. In adolescent risk- taking sage, london., 1993.
- 183- lyng,S : : Dysfunctional risk-taking : criminal behavior as edgework . In adolescent risk- Takong , sage, london., 1993.
- 184 - Marvin ,A: problem gambling . The National Coucil on Problem gambling . Inc . Washington, 2000.
- 185-Maurer,C An outpatient approach to the treatment of pathological gambling. Six conference on gambling and risk- taking-198,1985 Pp. 205-217.

- 186- Maze,J : lady luck is gambler's mother, national Association for gambling studies, Sydney, 1987
- 187- McCartney,j : A community study of natural change across the addiction ,Addiction Research vol (4), 1996 Pp. 565-83.
- 188- McCormic,R :The importance of coping skill enhancement in the treatment of the pathological gambler,1994.
- 189- Mcconaghy, N :Assessment and management of pathological gambling. British Journal of Hospital medicine Vol (40) ,1988. Pp. 131 - 134.
- 190- McCormic,R taber,j The pathological gambler: salient personality variables , In hand book of gambling,1987 Pp, 9- 39 .
- 191- McGraw, R. . selecting treatment program for pathological gambling . Illinois Institute for addiction U.S.A,1998.
- 192-Miller, D. Byrness,J The role of contextual and personal factor in children's risk taking, Journal of developmental psychology vol. (33), No (5),1997 Pp. 814-823
- 193- Mischell,w : Toward a cognitive social learning reconceptualization of personality: psychological Review, Vol (80),1973 Pp. 252-283.

- 194-Mishne,J Criteria for family group and individual therapy. clinical work with adolescents. macmillan, INc,1986.
- 195 Moher, et. al Personality as a living thing . Sage press. London,1964 .
- 196- Moran, E : pathological gambling as a form of masochism, National Addociation for gambling studies, sydney,1995
- 197 - ----- : Gambling As a form of dependence, British Joornal of Addiction, vol (05),1970 Pp 156-170.
- 198- Mullan, H rosen- : Transference and countertrans ference in baum, M group psychotherapy : throry and parctice , second Editeion Macmillan publishing . Co,1978.
- 199- Nakakuki , M . : Normal and developmental aspects of masochism : transcultural and clinical implications psychiatry, vol,(57),1994 Pp.244- 257.
- 200- Noonan, G : preception of gambling , A Von- Books, 1996 New York
- 201- National Acdmy Pathological gambling. NAP, washington , Press U.S.A.,1999
- 202-Oliven,J :Sexual deviations, clinical sexuality A manual for the physician and the professions, third edition, lippincott company, Toronto., 1974 Pp. 468- 495.

- 203- Orford,J. ' Hypersexuality: Birtish Journal of addic-
tion. Vol. (73),1978 . Pp. 299- 310.
- 204- Pasternak, A. flem- : prevalence of gambling disorder in a apri-
ing , M mary car setting . Arch - fam- med cxol (8) ,
No (6) ,1999. Pp. 515-520.
- 205- Peck ,D. Ashcroft, J The use of stimulus satiation in the modifi-
cation of habital gamling . kikenney ireland,
- 206- Petry,N. Armento, prevalence, Assesmentt, and treatment of
C.: pathological Gambling. Psychiatry servece,
vol .(50) No (8) .,1972 Pp 1021 - 1027.
- 207- Pokorny, M. Compulisve gambler and the family. British
journal of Medical psychology. Vol (45),
1972 Pp. 355-364.
- 208- Powell,J .et. al Gambling and risk- taking behavior among
universty students. subst- use Misuse. Vol
(34) , no (8), 1999 Pp 1167- 1184 .
- 209- Proimis, j .et. al Gambling and other rick behaviors among 8
th - th 12 th grade students, Journal of pedi-
atrics, vol , 1998 (102) no (2) p 23 .
- 210- Rabow, j. et, al. ' : Compulsive gambling psychodnamic and
sociolgical persepectives. Journal of Psychia-
try and related scinece. Vol (21) ,1984 Pp -
189-207.
- 211- Reber, A The benguin dictionary of paschology. Ben-
guin Book, london,1987,
- 212- Ronald, J : Compulsive gambling the hidden epidemic
. National Impact Gambling study commis-
sion, U.S.A, 1998

- 213- Rosen,R. Sex and pathology, Candle press, london.1964
- 214- Rosenthal,R pathologioal gambling, Psychiatric Annale. val (22) no (2) . ,1992Pp 72-78.
- 215- ----- The psychodynamics of pathological gambling :Areview of the litheratur. springfield . U.A.S ,1987.
- 216- Roy. et.al: personality factor and pathological gambling , American Journal on Addiction. vol (1), No (2),1989 Pp 150-154.
- 217- Russo, A personality characteristics of havy gamblers (journal of Gambling behavior, vol (13) ,1987 Pp 110-127,
- 218- Schmitt, w. e!,t,d : : Damasios somatic marker hypothesis with psychopathic individuals : risk- taking, risk avers journal of abnormal pasychology. vol (108) No, (3) ,1999 Pp. 538- 543 .
- 219- Selzer, J Borderline pomipotence in pathological gambling. Arch- psychiatry Nurs Vol. (6) No (4).,1992 Pp. 215 - 218.
- 220- Shaffer. H et. al : Gambling , Drinking, Smokoing and other health risk activites among employees. American Journal in Medicine, Vol (36). No(3),1999 Pp 365 - 348.
- 221- ----- :Estmating the prevalence of disordered gambling behavior in the unted states and conada: Ameta-Analysis cambridge, division and ad-dictions., 1997

- 222- Shaffer, H Hall, M. Estimating the prevalence of adolescent gambling nomenclature, Journal of Gambling studies , vol (12) No(2), 1996 Pp. 193 - 214.
- 223-Sharpo,L Tarrier, N: Toward a cognitive behavior theory of problem gambling.british Journal of psychiatry.Vol (162), 1993 Pp. 407- 412.
- 224 - Simons, R psychoanalytic contributiones to psychiatric nosology : Forms of Masochistic Benavior, Journal of American psychonalytic Association , Vol (35) .1987 Pp 583- 608.
- 225 - Smith,S Gambling in young adolescents. journal of gambling behavior. Vol (12),1988 Pp 11- 132 .
- 226- Soloman, R The Component process theory of acquired motivation : The Costs of pleasure and benefits of pain. American Psychologist, Vol (35),1980 Pp. 591 - 712:
- 227 - Spier, D. Easy mony : insdie the gambler,s Mind . Secker warborg. London,1987.
- 228 - Steel, z Blaszcayn- Impulsivity, personality disorders and pathological gambling severity. Journal of Addiction, vol (43), No (6),1998 Pp 895 - 905.
- 229- Stegbauer, C Pathological Gambling. Journal of Nurse practice. vol (23), No (9) ,1998 Pp74 - 82.

- 230- Sternback, O Aggression : the death drive and the problem of sadomasochism, A re-interpretation of freud's second drive theory , Journal Of Psychoanalysis, vol (56) no (3), 1975 Pp321 - 331.
- 231 Stinchfield, R: Gambling treatment outcome monitoring system . Minnesosta institute of public nealth. U.S.A, 1999
- 232------(p) Prevalenc of gambling among Minnesota public school students in 1992 and 1995., Journal of Gambling studies. No 1 (13) no (1), 1997 Pp25- 48.
- 233 - ----- is treatment for pathological gambling effective . California Council on Problem Gambling U.S.A, 1997.
- 234 - Stolorow, R the narcissistic function of masochism and sadism, International journal of psychoanalysis vol (56) No (4) ,1975 Pp. 441 - 448.
- 235- Sue,s. : Understanding abnormal behavior. houghton Miffin. U.S.A, 1997.
- 236 - Susan, G preceptual, Attributional and Affective processes in perceptions of vulnerability through the life span ,. In Adolescent risk-taking, sage - london, 1993.
- 237- Svendsen,R. : Gambling: Choices and guidelines. gambling problem resource Center, Minnesota, U.S.A, 1999.
- Friddin,t

- 238- ----- Compulsive gambling : choies And
Gudlines , minnesota dept, U.S.A, 1993.
- 239- Sylvain, C. Et. al Cognitive and behavioral Treatment of
pathological Gambling :A controlled study,
Journal of Consulit Clinical PsyChology
,1997.
- 240- Taber, j . at.a; Follow- up of pathological gambler after
treatment. American Journal of psychiatry.
vol (144) .,1987. Pp 757 - 761.
- 241- Tepperman,J.: The effectiveness of short term group thera-
py upon the pathological gambler and wife.
Gambling study. vol (5).,1985 Pp. 185 - 198
- 242- The WAGER: : Comparing DSM- IV criteria for patholog-
ical gambling and substance dependence.
Massachusetts on Compulsive Gambling,
vol (1) , No (5) ,1996. p 111 - 113 .
- 243- Toneatto,t :Cognitive psychopathology of problem
gambling - subst-use- Misuse- vol (34) no
(1),1999 Pp 1593 - 1604.
- 244- Vanes, R : Identifying problem and compulsive
gamblers. CAN-FAM.vol (40),2000 Pp.
1323- 1331.
- 245- Victor, R Krug,C: Paradoxical intention in the treatment of
Compulsive gambling. American Journal of
psychotherapy, 1967 Pp. 808- 814.
- 246- Vitaro, F.Et.Al. : Impulsivity predicts problem gambling in
low SES adolescents. Journal of Addiction .
vol (94), No (4),1999 Pp 565 - 575 .

- 247- Vitaro, F.Et.Al. Dispositional predictors of problem gambling in male adolescents. Americam Journal of Psychiatry. vol (154) , No (12).
- 248-Volberg, R . Moore.l: Gambling and problem gambling among adolescents in washington state: Areplication study . 1999 to 1999. U.S.A,1999
- 249- volberg,Ret.a; : Exploring the links between gambling , problem gambling and self esteem . journal of devuant bahavior. vol. (18), No (14),1997 Pp 321- 342.
- 250 - Walker, M .: The psychology of gambling. International series in social psychology.G. Britain1995 .
- 251 - Wallisch, l, Determinats of gampling and problem gambling three theories, 1998 D.A.I.Vol (58), NO (15), p 4094 .
- 252- Wedeworth, R- : The rification of the psychological gambler: : analysis of Gambler treatmenr and the application of the medical model to prob- lem. perspect- psychiatric care. Vol (34), No (2) Pp 5-13, 1998.
- 253- Westphal, j: Gambling behavior of adolesents in residen- tial placement in north western louisiana. south- Med- Journal. Vol (91), No (11).,1998 Pp 1038 - 1041.
- 254- Whitaker, D group psychotherapy and approaches in the psychological therapies, wiley . lon- on,1975

- 255- Wilcox, B : Deterrimng risky behavior: policy perspec-
tive on adolescent risk-Taking. in adoles
cent risk- taking, sage,London.,1993
- 256- Wildman, R .: Gambling : An attempt at integration, Ed-
monton, Alberta. Canad,1997 .
- 257- Wilson, M& Doly, Lethal confrontational violence among
M.: young men. in adolescent risk- Taking .
sage, london, 1993 .
- 258- Wulfeck,Z.bennett,E :The language of dynamic psychology.
Mcgraw- Hill Book Company Inc. New
York ,1954.
- 259- young, K.: Are you a Compulsive gambler. The Center
for on- line addiction . U.S.A, 1998.
- 260- Zola,K.: Observation on Gambling in a lower class
setting. Social Problem. Vol (10), 1963 Pp
356 - 361 .
- 261- Zuckerman, M Presonality and risk- tajking : common bio-
Kuhlman, D social factor, journal of persnality vol (68),
No (6) .,2000 Pp 999 - 1029 .
- 262- Zuckerman, M ' Sensation- seeking : Beyond the optimal
level of orousal- New Jersy. U.S.A.,1979.

الملاحق

الملاحق

ملحق رقم (١)

مقياس المقامرة المرضية (PGS)

آعداد / مؤسسة المقامر المجهول (Gambler Anonymous)

ترجمة وتقنين / الباحث

(مقياس المقامرة المرضية)

Pathological Gambling scale (PGS)

رقم :

الاسم :

المستوى التعليمي :

السن :

التاريخ :

العنوان :

فيما يلي مجموعة من العبارات والمطلوب منك الاجابة (بنعم) أو (لا) على كل عبارة وذلك حسب وجهة نظرك.

اقرأ كل عبارة جيداً، ولا تترك أى عبارة دون إجابة

الباحث

م	العبارة	نعم	لا
١	هل يضيع وقت عملك بسبب المقامرة؟		
٢	هل جعلت المقامرة حياتك المنزلية غير سعيدة؟		
٣	هل أثرت المقامرة على سمعتك؟		
٤	هل تشعر بالندم بعد المقامرة؟		
٥	هل تقامر للحصول على المال الذى تسد به ديونك وتحل به مشاكلك المالية؟		
٦	هل قللت المقامرة من طموحك وقدراتك؟		
٧	بعد الخسارة: هل تشعر برغبة ملحة فى العودة لتعويض ما خسرت؟		
٨	بعد الفوز: هل تشعر برغبة قوية فى العودة ثانية للفوز بالمال؟		
٩	هل تقامر حتى آخر جنيه معك؟		
١٠	هل تقترض الأموال لتقامر؟		
١١	هل تبيع أى شئ من ممتلكاتك لكى تقامر؟		
١٢	هل ترفض استخدام أموال المقامرة فى النفقات العادية؟		
١٣	هل المقامرة جعلتك تهمل رعاية أسرتك؟		
١٤	هل تقامر دائما أكثر مما كنت تتوقع؟		
١٥	هل تقامر للهروب من القلق والمتاعب؟		
١٦	هل إرتكبت - أو تنوى إرتكاب - أفعال غير شرعية للإنفاق على المقامرة؟		
١٧	هل تسبب لك المقامرة صعوبات فى النوم؟		
١٨	هل الخلافات وخيبة الأمل والاحباطات هى التى جعلتك تقامر؟		
١٩	هل تقامر لساعات قليلة أثناء إحتفالك بمناسبة؟		
٢٠	هل ترى أن المقامرة تدمر ذاتك؟		

الدرجة الكلية

ملحق رقم (٢)

مقياس سلوك المخاطرة

Risk-taken behavior scale

(R.T.B.S)

إعداد / الباحث

(مقياس سلوك المخاطرة)

Risk - taken behavior scale

(RTBS)

رقم :

الاسم :

المستوى التعليمي :

السن :

التاريخ :

العنوان :

فيما يلي مجموعة من العبارات والمطلوب منك الاجابة (بنعم) أو (لا) على كل عبارة وذلك حسب وجهة نظرك.

اقرأ كل عبارة جيداً، ولا تترك أى عبارة دون إجابة

الباحث

م	العبارة	نعم	لا
١	كثيراً ما أدخل فى منافسات مع الآخرين ولا يهمنى المكسب أو الخسارة		
٢	أستمتع بعرض مهاراتي أمام الآخرين		
٣	كثيراً ما تتحدد تصرفاتي بناء على الموقف		
٤	أستمتع بالأعمال الصعبة المعقدة		
٥	قراراتى سريعة ومباشرة		
٦	أشعر بسعادة لاندهاش الناس من أفعالى		
٧	دائماً ما أنجذب للمواقف الجديدة		
٨	أحب أن أكون موضع إهتمام الناس		
٩	غالباً ما يكون رد فعلى سريع وقوى		
١٠	أحب الاشياء الغامضة الخطرة التى تثير فضولى		
١١	أحب أن أدخل فى تحدى مع الآخرين ليعرف الناس أننى شخصية قوية		
١٢	أنا سريع الغضب والانفعال		
١٣	أميل لكل ما هو خطر ومخيف		
١٤	كثيراً ما أقوم بأعمال صعبة تدهش الناس		
١٥	من الصعب أن أتردد فى شئ		
١٦	أنا مستعد للقيام بكل ما يخاف منه الناس		
١٧	أحب أن أقوم برحلة مليئة بالمغامرات		
١٨	كثيراً ما أعجز عن التوصل لحلول وسط		
١٩	أحب أن أجرب كل جديد يخاف منه الناس حتى لو كان خطراً		
٢٠	من الممكن أن أجرى عملية جراحية خطيرة للشفاء العاجل		
٢١	كثيراً ما أشعر بعدم السيطرة على أفعالى		
٢٢	أتحدى الصعوبات والأمور فاتعرض للمخاطر		
٢٣	أنا عصبى وسريع التهور والاندفاع		
٢٤	من الممكن أن أخطر بنفسى لجذب الانتباه إلى		

الدرجة الكلية

ملحق رقم (٣)

مقياس الدفعات الجزئية

الاسم :	الجنس .	السن :
المؤهل الدراسي :	الحالة الاجتماعية :	
محل الإقامة .	تاريخ التطبيق :	مكان التطبيق :

بين أيدينا ثمانين جملة ناقصة ، حا أقرأ لك كل جملة عشان تكملها
بأول حاجة تخطر علي بالك :

- ١ - أنا رأيي إن المجلات اللي بتحكي عن فضايح الممثلات
- ٢ - لما الناس بتهتم بمظهري بشعر
- ٣ - البني آدم اللي يضرب صاحبه
- ٤ - يابخت اللي يبات مظلوم
- ٥ - لما بصيت من خرم الباب حسيت
- ٦ - لو كنت من نجوم السيما
- ٧ - أنا شايف إن إستخدام التعذيب عشان المتهم يعترف ...
- ٨ - لما يأسى علي حد بحبه
- ٩ - لو شفت بالصدفة من شباك أودتي واحدة بتقلع هدومها
- ١٠ - في رأيي إن اللي يقلع هدومه أدام الناس اللي معاه ...
- ١١ - العسكري اللي يقتل ناس مدنيين من أعداؤه في الحرب ...

- ١٢ - بحس ساعات وأنا باعيط ...
- ١٣ - وأنا نازل علي السلم شفت جاري ومراته ناسيين باب الشقة مفتوح وبيوشوشو بعض ساعتها ...
- ١٤ - نشر النعي في الجرائين ...
- ١٥ - أنا شايف إن القسوة ...
- ١٦ - لوحرامي معاه سلاح وهاجمني فجأة ساعتها ...
- ١٧ - بحس إن كل حاجة مقفول عليها
- ١٨ - رغبتني في إني أتكلم عن نفسي مع الناس ...
- ١٩ - أنا شايف إن خضوع اللي حواليه للرأي اللي أقوله ...
- ٢٠ - الحياة من غير تعب وشغل من اللي هوة تبقي في رأيي ...
- ٢١ - الواحد اللي ساعات يفتش في حاجات حبيبه يبقي ...
- ٢٢ - لما الناس تبقي حواليه بحس إني ...
- ٢٣ - لما البني آدم اللي أدامي يبقي ضعيف...
- ٢٤ - لما باختلف مع حد من أصحابي ساعتها بالوم
- ٢٥ - أنا رأيي إن الناس اللي بيهمها أوي إنها تعرف تفاصيل كل خبر مهم ..
- ٢٦ - لو كنت واقف علي مسرح حاشعر بأني ...
- ٢٧ - متيالني إن ظلم الناس ضروري لما ...

- ٢٨ - كنت باشعر لما أبويا يضربني بعنف
- ٢٩ - متابعة المسلسل التلفزيوني
- ٣٠ - لما الناس بتتكلم عني بأشعر ...
- ٣١ - أنا حريص إنني أشوف أفلام العنف عشان ...
- ٣٢ - في وقت الزنقة لما يطبطب علي صاحبي ...
- ٣٣ - بحس إن اللي أعرفه عن الدينا
- ٣٤ - إعجاب الناس بشخصيتي بيخليني
- ٣٥ - لما بشوف قط بتسلي بالفار قبل ما يقتله باحس
- ٣٦ - لما الحبيب بتحمل العذاب من حبيبته ...
- ٣٧ - أنا حريص إنني أشوف الأفلام البوليسية...
- ٣٨ - الواحد لما يتكلم كثير عن الحاجات اللي عملها ...
- ٣٩ - لما بشوف مصارعة التيران باحس ...
- ٤٠ - لما كان مدرس في المدرسة بيضربني كنت باحس ...
- ٤١ - باحب لما أسمع مكالمة تليفونية غلط ..
- ٤٢ - لو سمحت لي الفرصة إنني أخلي الناس تاخذ بالها من ساعتها
بقي ...
- ٤٣ - إذا حد غلط في ...
- ٤٤ - الإستسلام في معركة من المعارك ...

- ٤٥ - وظيفة البوليس السري في رأيي ...
- ٤٦ - باحب في الحفلات الإجتماعية إني ...
- ٤٧ - لما باشوف لعبة المصارعة الحرة في التلفزيون ...
- ٤٨ - لما الأمور بتتقفل ساعات في وشي ...
- ٤٩ - معرفة أسرار الناس لذه ...
- ٥٠ - لو كنت فاتح الشباك من الحر وأنا عريان يسعدني ...
- ٥١ - ساعات باحس بإن إستخدام الضرب لحل المشاكل ...
- ٥٢ - تعليمات رؤسائي لي مهما كانت صعبة على نفسي ...
- ٥٣ - لما ألقى إثنين بتكلموا في السر ...
- ٥٤ - أحب الفرجة علي مسابقات كمال الأجسام ...
- ٥٥ - لما تقوم خناقة أدامي باحس ...
- ٥٦ - لما أكون موجود مع ناس أكبر مني في المقام وبيعنفوني باحس ...
- ٥٧ - مهم أوي إن الواحد يعرف الصغيرة قبل الكبيرة ...
- ٥٨ - ضروري الواحد يشد إنتباه اللي حوالية بجاذبيته علشان ...
- ٥٩ - لماحد يهاجم لي رأيي ...
- ٦٠ - رأيي إن المثل اللي بيقول ضرب الحبيب زي أكل الذبيب ...
- ٦١ - التصنت علي التلفزيونات بتبقي له فائدة ...
- ٦٢ - كنت أحب أوي إني أشتغل معتل ...

- ٦٣ - ساعات باحس إنه لازم أفرض رأيي بالقوة لأن ...
- ٦٤ - لما اللي أحبه يسبني ...
- ٦٥ - لما أبص من ورا الشباك وألاقي حد عريان ...
- ٦٦ - الهدوم الشيك بتخليني ...
- ٦٧ - ساعات باحس إنني لازم أضرب اللي أدامي لغاية مايبان له صاحب ...
- ٦٨ - لما حد يقل أدبة عليّ ...
- ٦٩ - باحب أوي شغلة المخابرات ...
- ٧٠ - الواحد لازم يختار نوع الريحه اللي يحطها علشان ...
- ٧١ - لما أغضب من حد كنت بأثق فيه مايكفيش ضربه وبس ...
- ٧٢ - اللي يسامح صاحبة علي الغلط ...
- ٧٣ - بأتمني تكون عندي نظاره معظمه علشان ...
- ٧٤ - مهم إن الواحد يفنجر علي اللي حوالية مادام معاه فلوس ...
- ٧٥ - اللي يتاخذ مني بالعافية لازم ...
- ٧٦ - العذاب في الزمان ده قدر ومكتوب ...
- ٧٧ - بأتمني إنه يكون عندي بنوره سحرية علشان ...
- ٧٨ - إيه المانع أن الواحد يكون له أصدقاء من نجوم السيماء ...
- ٧٩ - مش عيب إن الواحد لما يغضب يكسر اللي أدامه ...
- ٨٠ - إيه المانع إن الواحد يطايطي راسه علشان الأمور تعدي ...

ملحق رقم (٤)

إستمارة المستوى الاجتماعى الاقتصادى

إعداد

كمال الدسوقي & محمد بيومى

الاسم :

السن :

الاقامة :

ضع علامة (✓) أمام العبارات التى تناسب حالتك:

١- الوالدان:

الأم	الأب	
()	()	- لا يقرأ ولا يكتب
()	()	- يقرأ ويكتب
()	()	- حاصل على الإعدادية أو ما يعادلها
()	()	- حاصل على مؤهل فوق المتوسط
()	()	- حاصل على مؤهل جامعى
()	()	- حاصل على مؤهل فوق الجامعى حتى الماجستير
()	()	- حاصل على الدكتوراه

٢- يعيش الطفل وأسرته فى سكن :

()	- إيجار	()	- ملك
()	- عدد الغرف غير كاف	()	- عدد الغرف كاف

٣- أثاث منزلك:

()	- بسيط	()	- راق
()	- غير كاف	()	- كاف

٤- عندما تحتاج لرعاية طبية :

()	- تستفيد بالعلاج المجانى فى المستشفيات العامة
()	- تذهب الى التأمين الصحى
()	- تذهب لطبيب خاص
()	- يوجد طبيب للعائلة

٥- تستخدم أنت وأسرته فى تنقلاتكم :

()	- سيارات النقل العام
()	- تاكسى أجرة
()	- سيارة خاصة ملاكى

٦- تمتلك الأسرة بالمنزل :

- () - أجهزة تكييف وتبريد وما فوق مستواها
- () - فيديو وتلفزيون ملون
- () - أجهزة أوتوماتيكية للتنظيف والطهى والغسيل
- () - سخانات - مراوح - خلاطات - غسالة عادية
- () - تلفزيون عادى - راديو - مسجل

٧- عندما تريد أسرتك الترفيه والاستجمام تذهب إلى :

- () - المنتزهات العامة
- () - دور السينما والمسرح
- () - المشاتى والمصايف بمصر
- () - السياحة للخارج

٨- أفراد أسرتك يتلقون تعليمهم فى :

- () - مدارس حكومية مجانية
- () - مدارس خاصة
- () - مدارس أجنبية
- () - الجامعة الأمريكية بالقاهرة
- () - التعليم بالخارج على نفقة الأسرة

٩- عندما تحتاج أنت وأفراد أسرتك لمساعدة تعليمية

- () - تشترك فى مجموعات تقوية حكومية
- () - تذهب لمدارس خاصة
- () - يحضر لك مدرس خاص بالمنزل

١٠- الوالدان :

- () - متوفيان
- () - أحد الوالدين متوفى
- () - منفصلان بالطلاق
- () - الوالد متزوج بأخرى
- () - الوالدان يعيشان معا

١١- عدد أفراد أسرتك الذين يعيشون معاً:

- ٦ - أفراد فأكثر ()
٥ - أفراد ()
٤ - أفراد ()
٣ - أفراد ()

١٢- علاقة الوالدان ببعضهما :

- غير مقبولة ()
- مقبولة ()
- طيبة ()

١٣- علاقة الوالدان بالأبناء

- غير مقبولة ()
- مقبولة ()
- طيبة ()

١٤- علاقة الأبناء ببعضهم

- غير مقبولة ()
- مقبولة ()
- طيبة ()

إملء هذه البيانات:

عزبة/ كفر قرية / حى قسم / مركز محافظة

عمل الوالد :

عمل الوالدة:

توقيع المصحح

الفئة

الدرجة الكلية

ملحق رقم (٥)

يبين درجات المقامرين وغير المقامرين لحساب

التجانس بالنسبة للمستوى الاجتماعى الاقتصادى

حيث (ن = ٣٠) من المقامرين، و (ن = ٣٠) من غير المقامرين

غير المقامرين			
الدرجة	م	الدرجة	م
٥٩	٢١	٤٩	١
٥٧	٢٢	٤٨	٢
٥٧	٢٣	٥٤	٣
٥٤	٢٤	٣٣	٤
٤٨	٢٥	٣٤	٥
٤٦	٢٦	٥٦	٦
٦٨	٢٧	٦٧	٧
٦٩	٢٨	٦١	٨
٧٠	٢٩	٤٩	٩
٦٧	٣٠	٥٠	١٠
		٣٨	١١
		٤٨	١٢
		٥٤	١٣
		٥٦	١٤
		٦٤	١٥
		٤٩	١٦
		٤٧	١٧
		٥٣	١٨
		٤٨	١٩
		٥٧	٢٠

المقامرين			
الدرجة	م	الدرجة	م
٥٧	٢١	٥٠	١
٥٦	٢٢	٥٥	٢
٥٣	٢٣	٥٦	٣
٤٩	٢٤	٣٣	٤
٤٨	٢٥	٣٤	٥
٦٧	٢٦	٥٦	٦
٧٠	٢٧	٦٦	٧
٧١	٢٨	٦٢	٨
٦٨	٢٩	٤٨	٩
٤٩	٣٠	٤٩	١٠
		٣٩	١١
		٥٠	١٢
		٥٦	١٣
		٥٧	١٤
		٦٤	١٥
		٤٦	١٦
		٤٨	١٧
		٥٢	١٨
		٥٨	١٩
		٥٩	٢٠

ملحق رقم (٦)

يوضح أعمار كلاً من المقامرين وغير المقامرين

لحساب التجانس بين المجموعتين

حيث (ن = ٣٠) من المقامرين، و (ن = ٣٠) من غير المقامرين

غير المقامرين			
العمر	م	العمر	م
٢٨	٢١	٢٠	١
٢٧	٢٢	١٩	٢
٣٠	٢٣	٢٢	٣
٢٤	٢٤	٢٢	٤
٢٨	٢٥	٢٣	٥
١٩	٢٦	٣٩	٦
٢٠	٢٧	٢٥	٧
٣٤	٢٨	٣٠	٨
٣٣	٢٩	٣٩	٩
٣٧	٣٠	٢٤	١٠
		٢٧	١١
		٢٨	١٢
		٢٦	١٣
		٢٨	١٤
		٣٢	١٥
		٢٩	١٦
		٢٤	١٧
		٢٥	١٨
		٢٦	١٩
		٢٦	٢٠

المقامرين			
العمر	م	العمر	م
٢٧	٢١	١٩	١
٢٨	٢٢	٢٠	٢
٣١	٢٣	٢١	٣
٢٥	٢٤	٢٢	٤
٢٩	٢٥	٢٣	٥
١٩	٢٦	٣٠	٦
٢٠	٢٧	٢٢	٧
٣٥	٢٨	٣٢	٨
٣٤	٢٩	٤٠	٩
٣٦	٣٠	٢٥	١٠
		٢٦	١١
		٢٧	١٢
		٢٨	١٣
		٢٩	١٤
		٣١	١٥
		٣٢	١٦
		٢٢	١٧
		٣٤	١٨
		٢٥	١٩
		٢٦	٢٠

ملحق رقم (٧)

يوضح حجم الأسرة بالنسبة للمقامرين وغير المقامرين

لحساب التجانس بين المجموعتين

حيث (ن = ٣٠) من المقامرين، و (ن = ٣٠) من غير المقامرين

غير المقامرين			
حجم الأسرة	م	حجم الأسرة	م
٧	٢١	٦	١
٣	٢٢	٥	٢
٦	٢٣	٧	٣
٥	٢٤	٦	٤
٤	٢٥	٣	٥
٥	٢٦	٤	٦
٥	٢٧	٧	٧
٧	٢٨	٥	٨
٥	٢٩	٦	٩
٥	٣٠	٤	١٠
		٥	١١
		٤	١٢
		٧	١٣
		٦	١٤
		٦	١٥
		٧	١٦
		٥	١٧
		٤	١٨
		٥	١٩
		٦	٢٠

المقامرين			
حجم الأسرة	م	حجم الأسرة	م
٦	٢١	٣	١
٧	٢٢	٥	٢
٣	٢٣	٦	٣
٦	٢٤	٤	٤
٥	٢٥	٣	٥
٤	٢٦	٤	٦
٦	٢٧	٧	٧
٧	٢٨	٦	٨
٥	٢٩	٥	٩
٦	٣٠	٣	١٠
		٦	١١
		٤	١٢
		٧	١٣
		٦	١٤
		٧	١٥
		٦	١٦
		٥	١٧
		٤	١٨
		٥	١٩
		٧	٢٠

ملحق رقم (٨)

يبين درجات الخام لعينة التقنين

على مقياس المقامرة المرضية حيث (ن = ١٠٠)

الدرجة	م	الدرجة	م	الدرجة	م	الدرجة	م	الدرجة	م
١٠	٨١	٢	٦١	٥	٤١	١١	٢١	١٧	١
١٣	٨٢	٦	٦٢	١٠	٤٢	٤	٢٢	٢	٢
٦	٨٣	٧	٦٣	١٤	٤٣	١٦	٢٣	١٥	٣
٧	٨٤	١٧	٦٤	١٢	٤٤	٧	٢٤	١١	٤
٩	٨٥	١٠	٦٥	٢	٤٥	١٦	٢٥	٥	٥
١٢	٨٦	٤	٦٦	١٤	٤٦	١٥	٢٦	١٥	٦
١٥	٨٧	١٤	٦٧	٦	٤٧	١٢	٢٧	١٧	٧
٣	٨٨	٥	٦٨	١٧	٤٨	٧	٢٨	١٠	٨
١٦	٨٩	١١	٦٩	٣	٤٩	١١	٢٩	٣	٩
١١	٩٠	٢	٧٠	١٢	٥٠	٤	٣٠	١٥	١٠
١	٩١	٧	٧١	١٦	٥١	٩	٣١	١٦	١١
٩	٩٢	١٥	٧٢	٦	٥٢	١٤	٣٢	٦	١٢
١٧	٩٣	١	٧٣	١١	٥٣	٣	٣٣	١٥	١٣
٤	٩٤	١٠	٧٤	٢	٥٤	١١	٣٤	٩	١٤
١٣	٩٥	١٤	٧٥	١٥	٥٥	١٧	٣٥	١٧	١٥
١٠	٩٦	١١	٧٦	٤	٥٦	١٥	٣٦	١	١٦
٣	٩٧	١٥	٧٧	٢	٥٧	٢	٣٧	٩	١٧
١١	٩٨	١٢	٧٨	١٦	٥٨	١٦	٣٨	١٣	١٨
١٣	٩٩	١٤	٧٩	١٣	٥٩	١٢	٣٩	٣	١٩
٦	١٠٠	١٧	٨٠	٢٠	٦٠	١٣	٤٠	١٠	٢٠

ملحق رقم (٩)

يبين الدرجات التائية المقابلة للدرجات الخام

لدى عينة الذكور (ن = ١٠٠)

على مقياس المقامرة المرضية

الدرجة الخام	الدرجة التائية
صفر	٣١
١	٣٣
٢	٣٥
٣	٣٦
٤	٣٩
٥	٤١
٦	٤٢
٧	٤٤
٨	٤٦
٩	٤٨
١٠	٥٠
١١	٥٢
١٢	٥٤
١٣	٥٦
١٤	٥٨
١٥	٦٠
١٦	٦٢
١٧	٦٤
١٨	٦٦
١٩	٦٨
٢٠	٧٠

ملحق رقم (١٠)

يوضح الدرجات التائية المقابلة للدرجات الخام

لدى عينة المقامرين على مقياس

المقامرة المرضية، حيث (ن = ٣٠)

الدرجة التائية	الدرجة الخام	م	الدرجة التائية	الدرجة الخام	م
٥٤	١٢	٢١	٦٤	١٧ →	١
٥٤	١٢	٢٢	٥٢	١١	٢
٦٢	١٦ →	٢٣	٦٠	١٥ →	٣
٥٠	١٠	٢٤	٥٢	١١	٤
٥٢	١١	٢٥	٥٦	١٣	٥
٤٦	٨	٢٦	٥٠	١٠	٦
٤٨	٩	٢٧	٦٠	١٥ →	٧
٥٦	١٣	٢٨	٥٤	١٢	٨
٥٢	١١	٢٩	٥٠	١٠	٩
٥٨	١٤	٣٠	٤٨	٩	١٠
			٦٢	١٦ →	١١
			٤٤	٧	١٢
			٥٤	١٢	١٣
			٥٢	١١	١٤
			٤٤	٧	١٥
			٥٠	١٠	١٦
			٤٦	٨	١٧
			٤٨	٩	١٨
			٥٠	١٠	١٩
			٥٢	١١	٢٠

ملحق رقم (١١)

يبيّن الدرجات الخام لعينة التقنين

على مقياس سلوك المخاطرة حيث (ن = ١٠٠)

الدرجة	م	الدرجة	م	الدرجة	م	الدرجة	م	الدرجة	م
١٢	٨١	٨	٦١	١٣	٤١	١٠	٢١	٢١	١
١٧	٨٢	٤	٦٢	١٦	٤٢	٦	٢٢	١٧	٢
٩	٨٣	٧	٦٣	١٢	٤٣	١٧	٢٣	١٩	٣
١٢	٨٤	١٥	٦٤	١٤	٤٤	١١	٢٤	١١	٤
١١	٨٥	١٩	٦٥	٧	٤٥	١٩	٢٥	٨	٥
١٥	٨٦	٩	٦٦	١٥	٤٦	٢١	٢٦	١١	٦
١٤	٨٧	١١	٦٧	٦	٤٧	١٣	٢٧	١٩	٧
٧	٨٨	١٣	٦٨	١٩	٤٨	١١	٢٨	١٢	٨
٢١	٨٩	١٦	٦٩	١١	٤٩	١٠	٢٩	٧	٩
١٤	٩٠	٩	٧٠	١٧	٥٠	٥	٣٠	١٩	١٠
٦	٩١	١٠	٧١	١٧	٥١	١٣	٣١	١٧	١١
٩	٩٢	١٣	٧٢	٩	٥٢	١٤	٣٢	٨	١٢
١٦	٩٣	٥	٧٣	١٥	٥٣	٩	٣٣	١٢	١٣
٩	٩٤	١١	٧٤	٥	٥٤	١٧	٣٤	٦	١٤
١٥	٩٥	١٠	٧٥	١١	٥٥	١٩	٣٥	١٣	١٥
١٠	٩٦	١٦	٧٦	١٣	٥٦	١٦	٣٦	٧	١٦
٣	٩٧	١١	٧٧	٩	٥٧	١١	٣٧	١٠	١٧
١٧	٩٨	١٥	٧٨	١٦	٥٨	١٧	٣٨	٥	١٨
١٩	٩٩	١٦	٧٩	١١	٥٩	١١	٣٩	٨	١٩
٨	١٠٠	١٩	٨٠	١٣	٦٠	١١	٤٠	١٥	٢٠

ملحق رقم (١٢)

يبين الدرجات التائية المقابلة للدرجات الخام

لدى عينة الذكور (ن = ١٠٠)

على مقياس سلوك المخاطرة

الدرجة التائية	الدرجة الخام
٢٣	صفر
٢٥	١
٢٧	٢
٢٩	٣
٣٢	٤
٣٤	٥
٣٦	٦
٣٨	٧
٤٠	٨
٤٣	٩
٤٥	١٠
٤٧	١١
٤٩	١٢
٥٢	١٣
٥٤	١٤
٥٦	١٥
٥٨	١٦
٦٠	١٧
٦٣	١٨
٦٥	١٩
٦٧	٢٠
٦٩	٢١
٧٣	٢٢
٧٤	٢٣
٧٦	٢٤

ملحق رقم (١٣)

يوضح الدرجات التائية المقابلة للدرجات الخام

لدى عينة المقامرين على مقياس

سلوك المخاطرة، حيث (ن = ٣٠)

الدرجة التائية	الدرجة الخام	م	الدرجة التائية	الدرجة الخام	م
٤٩	١٢	٢١	٦٩	٢١ →	١
٥٨	١٦	٢٢	٦٠	١٧	٢
٦٠	١٧ →	٢٣	٦٥	١٩ →	٣
٤٧	١١	٢٤	٤٩	١٢	٤
٥٢	١٣	٢٥	٥٢	١٣	٥
٥٤	١٤	٢٦	٤٧	١١	٦
٥٦	١٥	٢٧	٦٥	١٩ →	٧
٥٦	١٥	٢٨	٤٧	١١	٨
٤٩	١٢	٢٩	٥٦	١٥	٩
٥٢	١٣	٣٠	٤٩	١٢	١٠
			٦٠	١٧ →	١١
			٥٨	١٦	١٢
			٥٦	١٥	١٣
			٥٢	١٣	١٤
			٥٤	١٤	١٥
			٤٩	١٢	١٦
			٤٩	١٢	١٧
			٤٧	١١	١٨
			٥٦	١٥	١٩
			٥٨	١٦	٢٠

ملحق رقم (١٤)

يوضح الدرجات التائية المقابلة للدرجات الخام

لدى عينة غير المقامرين على مقياس

سلوك المخاطرة، حيث (ن = ٣٠)

الدرجة التائية	الدرجة الخام	م	الدرجة التائية	الدرجة الخام	م
٤٠	٨	٢١	٣٦	٦	١
٥٢	١٣	٢٢	٢٩	٣	٢
٣٢	٤	٢٣	٣٤	٥	٣
٤٧	١١	٢٤	٤٠	٨	٤
٣٤	٥	٢٥	٣٢	٤	٥
٣٨	٧	٢٦	٥٤	١٤	٦
٥٢	١٣	٢٧	٣٨	٧	٧
٤٩	١٢	٢٨	٤٧	١١	٨
٤٠	٨	٢٩	٣٨	٧	٩
٣٢	٤	٣٠	٦٠	١٧	١٠
			٤٣	٩	١١
			٤٠	٨	١٢
			٣٨	٧	١٣
			٣٢	٤	١٤
			٣٦	٦	١٥
			٥٢	١٣	١٦
			٤٠	٨	١٧
			٣٨	٧	١٨
			٥٨	١٦	١٩
			٣٦	٦	٢٠

ملحق رقم (١٥)

يوضح الدرجات التائية المقابلة للدرجات الخام

لدى عينة المقارنين على

بعد النظرية، حيث (ن = ٣٠)

الدرجة التائية	الدرجة الخام	م	الدرجة التائية	الدرجة الخام	م
٦١	٣٨	٢١	٥١	٢٧ →	١
٥٦	٣٢	٢٢	٥٣	٢٩	٢
٥٣	٢٩ →	٢٣	٦٠	٣٦ →	٣
٥١	٢٧	٢٤	٥٤	٣٠	٤
٥٠	٢٦	٢٥	٥٢	٢٨	٥
٤٩	٢٥	٢٦	٥١	٢٧	٦
٥٥	٣١	٢٧	٥٧	٣٣ →	٧
٥١	٢٧	٢٨	٥٨	٣٤	٨
٥٦	٣٢	٢٩	٥٤	٣٠	٩
٥٩	٣٥	٣٠	٥٣	٢٩	١٠
			٥٨	٣٤ →	١١
			٥٥	٣١	١٢
			٥٠	٢٦	١٣
			٥٤	٣٠	١٤
			٥٣	٢٩	١٥
			٥٥	٣١	١٦
			٥٤	٣٠	١٧
			٥٨	٣٤	١٨
			٥٤	٣٠	١٩
			٥٨	٣٤	٢٠

ملحق رقم (١٦)

يوضح الدرجات التائية المقابلة للدرجات الخام

لدى عينة المقامرين على

بعد الاستعراضية، حيث (ن = ٣٠)

الدرجة التائية	الدرجة الخام	م	الدرجة التائية	الدرجة الخام	م
٤٦	١٣	٢١	٤٩	١٥ →	١
٤٨	١٤	٢٢	٤٢	٩	٢
٤٢	٩ →	٢٣	٤٥	١٢ →	٣
٥٠	١٦	٢٤	٤٤	١١	٤
٤٥	١٢	٢٥	٤١	٨	٥
٥٣	١٩	٢٦	٤٠	٧	٦
٤٨	١٤	٢٧	٥٤	٢٠ →	٧
٤٠	٧	٢٨	٤٠	٧	٨
٤١	٨	٢٩	٤٨	١٤	٩
٤٥	١٢	٣٠	٤٩	١٥	١٠
			٤٣	١٠ →	١١
			٤٦	١٣	١٢
			٣٩	٦	١٣
			٤٠	٧	١٤
			٣٩	٦	١٥
			٥٠	١٦	١٦
			٤٨	١٤	١٧
			٤٣	١٠	١٨
			٤٠	٧	١٩
			٤١	٨	٢٠

ملحق رقم (١٧)

يوضح الدرجات التائية المقابلة للدرجات الخام

لدى عينة المقامرين على

بعد السادسة، حيث (ن = ٣٠)

الدرجة التائية	الدرجة الخام	م	الدرجة التائية	الدرجة الخام	م
٦١	٢٨	٢١	٦٥	٢٢ →	١
٥٩	٢٦	٢٢	٥٥	٢٢	٢
٦٦	٣٣ →	٢٣	٦٦	٣٣ →	٣
٥٥	٢٢	٢٤	٥٦	٢٣	٤
٥٥	٢٢	٢٥	٥٥	٢٢	٥
٥٢	٢٠	٢٦	٥٧	٢٤	٦
٥٩	٢٦	٢٧	٦٨	٣٥ →	٧
٥٦	٢٣	٢٨	٦٥	٣٢	٨
٦٣	٣٠	٢٩	٥٩	٢٦	٩
٦١	٢٨	٣٠	٦٦	٣٣	١٠
			٦١	٢٨ →	١١
			٥٧	٢٤	١٢
			٥٩	٢٦	١٣
			٦١	٢٨	١٤
			٦٣	٣٠	١٥
			٥٩	٢٦	١٦
			٥٧	٢٤	١٧
			٥٥	٢٢	١٨
			٥٩	٢٦	١٩
			٦١	٢٨	٢٠

ملحق رقم (١٨)

يوضح الدرجات التائية المقابلة للدرجات الخام

لدى عينة المقامرين على

بعد المازوخية، حيث (ن = ٣٠)

الدرجة التائية	الدرجة الخام	م	الدرجة التائية	الدرجة الخام	م
٦٠	٢٥	٢١	٧٠	٣٦ →	١
٦٢	٢٨	٢٢	٥٧	٢٢	٢
٧١	٣٧ →	٢٣	٧٠	٣٦ →	٣
٦٥	٣١	٢٤	٦٠	٢٥	٤
٦١	٢٧	٢٥	٥٩	٢٤	٥
٦٤	٣٠	٢٦	٦٢	٢٨	٦
٦٦	٣٢	٢٧	٧١	٣٧ →	٧
٦٢	٢٨	٢٨	٥٧	٢٢	٨
٦٥	٣١	٢٩	٦١	٢٧	٩
٦٦	٣٢	٣٠	٦١	٢٧	١٠
			٧٠	٣٦ →	١١
			٦٢	٢٨	١٢
			٦٣	٢٩	١٣
			٦١	٢٧	١٤
			٥٨	٢٣	١٥
			٦١	٢٧	١٦
			٦٢	٢٨	١٧
			٦٥	٣١	١٨
			٦٤	٣٠	١٩
			٦٣	٢٩	٢٠

ملحق رقم (١٩)

يوضح الدرجات التائية المقابلة للدرجات الخام

لدى عينة غير المقامرين على

بعد النظرية، حيث (ن = ٣٠)

الدرجة التائية	الدرجة الخام	م	الدرجة التائية	الدرجة الخام	م
٥٨	٣٤	٢١	٤٠	١٥	١
٤٩	٢٥	٢٢	٤٣	١٨	٢
٥١	٢٧	٢٣	٤٦	٢٢	٣
٤٤	١٩	٢٤	٤٤	١٩	٤
٤٦	٢٢	٢٥	٥٥	٣١	٥
٤٦	٢٢	٢٦	٤٨	٢٤	٦
٥٠	٢٦	٢٧	٥١	٢٧	٧
٤٤	١٩	٢٨	٤٠	١٥	٨
٤٨	٢٤	٢٩	٤٨	٢٤	٩
٥٤	٣٠	٣٠	٣٩	١٤	١٠
			٥٠	٢٦	١١
			٥٤	٣٠	١٢
			٤٩	٢٥	١٣
			٣٦	١١	١٤
			٤٢	١٧	١٥
			٥٢	٢٨	١٦
			٥٥	٣١	١٧
			٢٩	٤	١٨
			٤٥	٢١	١٩
			٥٠	٢٦	٢٠

ملحق رقم (٢٠)

يوضح الدرجات التائية المقابلة للدرجات الخام

لدى عينة غير المقارنين على

بعد الإستعراضية، حيث (ن = ٣٠)

م	الدرجة الخام	الدرجة التائية	م	الدرجة الخام	الدرجة التائية
١	١١	٤٤	٢١	١٥	٤٩
٢	١٣	٤٦	٢٢	١٠	٤٣
٣	١٤	٤٨	٢٣	٢٦	٦١
٤	١٧	٥١	٢٤	٢٥	٦٠
٥	١٣	٤٦	٢٥	١٨	٥٢
٦	٩	٤٢	٢٦	١٤	٤٨
٧	١٤	٤٨	٢٧	١٨	٥٢
٨	١٣	٤٦	٢٨	١٢	٤٥
٩	١٢	٤٥	٢٩	١٣	٤٦
١٠	٦	٣٩	٣٠	١٠	٤٣
١١	٢١	٥٥			
١٢	١٠	٤٣			
١٣	٩	٤٢			
١٤	٤	٣٦			
١٥	١٠	٤٣			
١٦	٢١	٥٥			
١٧	٢٣	٥٨			
١٨	١٣	٤٦			
١٩	٤	٣٦			
٢٠	١٢	٤٥			

ملحق رقم (٢١)

يوضح الدرجات التائية المقابلة للدرجات الخام

لدى عينة غير المقامرين على

بعد السادسة، حيث (ن = ٣٠)

الدرجة التائية	الدرجة الخام	م	الدرجة التائية	الدرجة الخام	م
٥٥	٢٢	٢١	٤٤	١٢	١
٥٠	١٨	٢٢	٥١	١٩	٢
٦٠	٢٧	٢٣	٤٠	٨	٣
٤٤	١٢	٢٤	٤٩	١٧	٤
٥٢	٢٠	٢٥	٤٦	١٤	٥
٤٩	١٧	٢٦	٤٤	١٢	٦
٣٩	٧	٢٧	٥٠	١٨	٧
٤٦	١٤	٢٨	٥٤	٢١	٨
٥٠	١٨	٢٩	٥٤	٢١	٩
٥٢	٢٠	٣٠	٤٦	١٤	١٠
			٤٩	١٧	١١
			٤٢	١٠	١٢
			٤٨	١٦	١٣
			٥١	١٩	١٤
			٤٨	١٦	١٥
			٤٦	١٤	١٦
			٥٠	١٨	١٧
			٤٤	١٢	١٨
			٥٦	٢٣	١٩
			٥١	١٩	٢٠

ملحق رقم (٢٢)

يوضح الدرجات التائية المقابلة للدرجات الخام

لدى عينة غير المقارنين على

بعد المازوخية، حيث (ن = ٣٠)

الدرجة التائية	الدرجة الخام	م	الدرجة التائية	الدرجة الخام	م
٤٢	٧	٢١	٤٩	١٤	١
٥٠	١٥	٢٢	٤٢	٧	٢
٤٣	٨	٢٣	٥٠	١٥	٣
٥٤	١٩	٢٤	٥٤	١٩	٤
٤٥	١٠	٢٥	٤٨	١٣	٥
٥٠	١٥	٢٦	٤٥	١٠	٦
٥٤	١٩	٢٧	٥١	١٦	٧
٤٤	٩	٢٨	٤٩	١٤	٨
٤٢	٧	٢٩	٤٠	٥	٩
٥١	١٦	٣٠	٤٣	٨	١٠
			٥٨	٢٣	١١
			٤٨	١٣	١٢
			٥٢	١٧	١٣
			٦١	٢٧	١٤
			٤٥	١٠	١٥
			٣٩	٤	١٦
			٥٢	١٧	١٧
			٥٠	١٥	١٨
			٤٤	٩	١٩
			٥١	١٦	٢٠



Mansoura University
Faculty of Arts
Department of Psychology

In Psychological Dynamics of The Gambler As Revealed in Group Therapy

Submitted By

Akram Fathy Younis Zidan

Assistant Lecturer

Department of Psychology

Faculty of Arts - Mansoura University

**in partial Fulfillment of The Requirements of the
Degree of Doctor of Philosophy in**

Psychology

Prof. Dr.

Hussein Mohamed Saad El-Deen El-Huseiny

**Prof. Dr. in Psycholgy -Faculty of arts
Mansoura University**

2002



Mansoura University
Faculty of Arts
Department of Psychology

In Psychological Dynamics of The Gambler As Revealed in Group Therapy

Submitted By

Akram Fathy Younis Zidan

Assistant Lecturer
Department of Psychology
Faculty of Arts - Mansoura University
in partial Fulfillment of The Requirements of the
Degree of Doctor of Philosophy in

Psychology

Prof. Dr.

Hussein Mohamed Saad El-Deen El-Huseiny

Prof. Dr. in Psycholgy -Faculty of arts
Mansoura University

2002

